Medizinal-Berichte über die deutschen Schutzgebiete

Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo, Deutsch-Südwestafrika, Deutsch-Neuguinea, Karolinen, Marshall- und Palau-Inseln und Samoa : für das Jahr

1904/05

1907

urn:nbn:de:gbv:46:1-15152

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

1904/05

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

1904/05

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

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

für das Jahr 1904/05

Herausgegeben
von der
Kolonial-Abteilung des Auswärtigen Amts

Berlin 1907
Ernst Siegfried Mittler und Sohn
Königliche Hofbuchhandlung
Kochstrafse 68—71

Inhaltsverzeichnis.

I. Deutsch-Ostafrika.

(Berichterstatter Oberstabsarzt Meixner.)

I. Verteilung des Sanitätspersonals.

Wie im vorigen Berichtsjahre, standen für den Sanitätsdienst 26 Sanitätsoffiziere und 34 Sanitätsunteroffiziere zur Verfügung. Von den Ärzten waren dauernd vier in Daressalam, und zwar einer für die Wahrnehmung der Geschäfte des Oberstabsarztes und Medizinalreferenten, einer zur Leitung des Gouvernementskrankenhauses, der dritte als Stationsarzt und zur Leitung des Sewa-Hadji-Hospitals für Farbige, der vierte als Leiter der Malariabekämpfung und Bakteriologe. Ein Arzt war vorübergehend zu den Versuchen des Geheimrats Professor Koch kommandiert. Zwei Sanitätsoffiziere waren zu Sonderaufträgen (Tsetse-Immunisierungsversuchen bzw. Pestbekämpfung) zum Gouvernement abkommandiert.

Die übrigen verteilten sich auf folgende Stationen:

Tanga,
Pangani (September 1904 bis März 1905),
Iringa,
Morogoro (April 1904, November 1904 bis März 1905),
Mpapua,
Kilimatinde,
Tabora,
Udjidji (Juni bis September 1904),
Usumbura,
Muansa,
Bukoba,
Bismarckburg (April bis Mai 1904, Oktober 1904 bis März 1905),
Neu-Langenburg,
Moschi (April, Mai, August 1904 bis März 1905),
Wugiri (August 1904 bis März 1905).

Für Amani war der Privatarzt Dr. Kummer in Nguelo durch Vertrag mit dem Gouvernement verpflichtet, die Behandlung der

dort stationierten weißen und farbigen Angestellten des Gouvernements zu übernehmen, die Poliklinik zu überwachen und durch Führung von Krankenbüchern Aufschluß über seine Tätigkeit für das Gouvernement zu geben.

Von den Sanitätsunteroffizieren wurden beschäftigt:

als etatmäßige Schreiber 2,
als Rechnungsführer 2 (Tanga und Daressalam).

Außerdem waren zu Krankenhäusern kommandiert 5. Die übrigen waren auf die Stationen und Militärposten, zum Teil in selbständiger Stellung, wie folgt verteilt:

Pangani (April bis August 1904),
Bagamojo,
Mohoro,
Kilwa (April bis Oktober 1904),
Lindi,
Ssongea,
Mahenge,
Morogoro (Mai bis Oktober 1904),
Mpapua (April bis August 1904),
Kondoa-Irangi,
Udjidji (April, Mai, Oktober 1904 bis März 1905),
Schirati,
Bismarckburg (Juni bis September 1904),
Wilhelmstal (April 1904 bis Februar 1905),
Aruscha.

Ein Sanitätsunteroffizier war zur Grenzregulierungsexpedition und einer zu den Immunisierungsversuchen des Geheimrats Koch abkommandiert.

II. Krankenbewegung.

Im ganzen Schutzgebiet haben während des Berichtsjahres 15 390 Personen ärztliche Hilfe nachgesucht, und zwar 1412 Europäer und 13 978 Farbige.

Anlage I, s. S. 63.

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

Der Krankendienst spielte sich ab in den Gouvernementskrankenhäusern 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 Gouvernements-Krankenanstalten.

Gouvernements-Krankenhaus Daressalam.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Exner.)

In das Gouvernementskrankenhaus zu Daressalam wurden im Berichtsjahre 239 Kranke aufgenommen, im Bestand geblieben waren vom Vorjahre fünf Kranke. Es wurden also im ganzen 244 Kranke behandelt.

Von den 239 in Zugang gekommenen Kranken waren 220 männlichen, 19 weiblichen Geschlechts, 231 waren Europäer, 8 Goanesen.

Es entfallen auf:

Schutztruppenangehörige	31
Gouvernementsbeamte	101
Privatleute	83
Besatzung S. M. S. „Bussard“	24

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April 1904	4		
Mai 1904	29	Übertrag:	153
Juni 1904	14	November 1904	17
Juli 1904	38	Dezember 1904	20
August 1904	19	Januar 1905	20
September 1904	24	Februar 1905	20
Oktober 1904	25	März 1905	9
Zusammen:	153	Zusammen:	239

Von den 244 Kranken wurden geheilt entlassen	193
gebessert	15
ungeheilt	9
anderweitig (d. h. nach geschlossener Beobachtung, dienstunfähig usw.)	15
gestorben sind	8
im Bestande geblieben	4
Zusammen:	244

Nach Gruppen verteilen sich die Erkrankungen folgendermaßen:

		kompl.
I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen:		
1. Unterleibstyphus	1	—
2. Rückfallfieber	8	—
3. Malariafieber	122	5
4. Schwarzwasserfieber	17	—
5. Influenza	3	—
6. Lungentuberkulose	1	—
7. Ruhr	3	1
8. Denguefieber	1	—
9. Maltafieber	1	—
10. Gicht	1	—
11. Chronischer Gelenkrheumatismus	2	—
12. Blutarmut	3	—
II. Krankheiten des Nervensystems:		
1. Geistesstörungen	2	—
2. Hysterie	1	—
3. Neurasthenie	2	—
III. Krankheiten der Atmungsorgane:		
1. Bronchialkatarrh	5	—
2. Akute Lungenentzündung	2	—
IV. Krankheiten der Kreislauforgane:		
1. Nervöse Herzerkrankung	1	—
2. Hämorrhoiden	3	—
3. Lymphdrüsenerkrankungen	2	—
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:		
1. Magen- und Darmkatarrh	12	—
2. Magenblutung	1	—
3. Katarrhalische Gelbsucht	1	—
4. Leberabszeß	1	—
5. Eingeweidewürmer	2	—
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane:		
1. Nierenentzündung	2	—
2. Blasenkatarrh	3	—
3. Krampfaderbruch	1	—
VII. Venerische Erkrankungen:		
1. Tripper	3	—
2. Paraurethraler Abszeß	1	—
3. Weicher Schanker	1	—
4. Bubonen	3	1
5. Syphilis	1	2
VIII. Augenkrankheiten:		
1. Tränendrüsenentzündung	1	—
2. Lidrandkatarrh	1	—
3. Hornhautverletzung	1	—
Summe der Seite	217	9

		kompl.
Übertrag . .	217	9
X. Wunden und äußere Erkrankungen:		
1. Quetschwunden	2	—
2. Stichwunden	2	—
3. Verstauchung	1	—
4. Zellgewebsentzündung	2	—
5. Sandflohgeschwür	1	—
XIII. Andere Krankheiten:		
Körperschwäche	1	—
XIV. Zur Beobachtung:		
1. auf Geistesgestörtheit	2	—
2. auf Malariafieber	5	—
3. auf Rückfallfieber	2	—
XVI. Frauenkrankheiten:		
Entbindungen	2	—
Fehlgeburten	2	—
Zusammen . .	239	9

Außerdem suchten im Berichtsjahre im Krankenhause poliklinische Hilfe 97 Kranke auf, 87 männliche und 10 weibliche.

Von diesen wurden aus der Behandlung entlassen:

geheilt	77
gebessert	10
ungeheilt	5
ins Krankenhaus überführt	5
Zusammen:	97

Gouvernements-Krankenhaus Tanga.

(Berichterstatter Stabsarzt Professor Ollwig.)

Europäer.

(Mit Ausnahme der Schutztruppe.)

Im Bestand waren am 1. April 1904 8 Kranke, 3 im Krankenhaus, 5 in der Poliklinik, in Zugang kamen 313 Kranke, im ganzen wurden behandelt 321 Personen in 2047 Tagen. 152 Kranke mit 1178 Behandlungstagen im Krankenhaus und 169 Kranke mit 869 Behandlungstagen in der Poliklinik; davon starben 10, anderweitig gingen ab 4, geheilt wurden 306 und einer blieb im Bestand.

Von den 321 Kranken waren 102 Angestellte des Gouvernements, der Post oder der Kommune und 219 Privatpersonen.

Auf die einzelnen Krankheiten und Krankheitsgruppen verteilen die Zahlen sich folgendermaßen (die festgestellten Rückfälle sind eingeklammert):

	Gesamtzahl	Zahl der Todesfälle
I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen:		
1. Rückfallfieber	1	—
2. Malariafieber	150 (39)	2
3. Schwarzwasserfieber	23 (1)	4
4. Grippe	1	—
5. Maltafieber	2	—
6. Denguefieber	1	—
7. Ruhr	1	1
8. Gelenkrheumatismus	2	—
9. Blutartmut	1	—
II. Krankheiten des Nervensystems:		
1. Geisteskrankheit	1	—
2. Gehirnkrankheiten	1	1
3. Andere Krankheiten des Nervensystems	3	—
III. Krankheiten der Atmungsorgane	11	—
IV. Krankheiten der Kreislauforgane	7	1
V. Krankheiten der Ernährungsorgane	47	—
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, ausschließlich der venerischen	6	—
VII. Venerische Krankheiten	15	—
VIII. Augenkrankheiten	8	—
IX. Ohrenkrankheiten	5	—
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen	19	—
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane	3	—
XII. Mechanische Verletzungen	7	—
XV. Durch tierische Parasiten entstandene Krankheiten:		
Folgezustände von Sandflöhen	1	—
XVI. 1. Frauenkrankheiten	1	—
2. Geburten	2	1

Täglich wurden durchschnittlich 5,5 europäische Kranke behandelt. Auf den einzelnen Kranken kamen 6,4 Behandlungstage. Bei einer Iststärke von etwa 208 Europäern im Bezirk Tanga betrug der Gesamtzugang 154,3 %.

Farbige.

(Ohne Schutztruppe.)

Im Bestand waren 25 Kranke, 15 im Krankenhause, 10 in der Poliklinik, in Zugang kamen 1004 Kranke, im ganzen wurden behandelt 1029 Personen in 16 368 Tagen (437 Kranke mit 9077 Behandlungstagen im Krankenhause und 592 Kranke mit 7291 Behandlungstagen in der Poliklinik); davon starben 22, anderweitig gingen 16 ab, geheilt wurden 981 und 10 bleiben im Bestand.

Die Verteilung der Zahlen auf die einzelnen Krankheitsgruppen ist folgende:

	Gesamtzahl	Zahl der Todesfälle
I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen:		
1. Windpocken	114	—
2. Masern	39	—
3. Malariafieber	36	—
4. Schwarzwasserfieber	2	—
5. Tuberkulose	4	3
6. Ruhr	4	2
7. Gelenkrheumatismus	4	—
8. Blutarmut	3	—
9. Alkoholvergiftung	1	—
10. Framboesie	2	—
II. Krankheiten des Nervensystems:		
1. Gehirnblutung	1	—
2. Andere Krankheiten des Nervensystems	1	—
III. Krankheiten der Atmungsorgane	101	—
IV. Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe	13	1
V. Krankheiten der Ernährungsorgane	95	4
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, ausschließlich der venerischen	3	—
VII. Venerische Krankheiten	100	2
VIII. Augenkrankheiten	66	—
IX. Ohrenkrankheiten	20	—
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen	239	—
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane	35	—
XII. Mechanische Verletzungen	85	3
XIII. Andere Krankheiten:		
1. Allgemeine Körperschwäche	1	—
XV. Durch tierische Parasiten entstandene Krankheiten:		
1. Wurmkrankheit und Folgen von Sandflöhen	58	7
XVI. Frauenkrankheiten	2	—

Täglich wurden durchschnittlich 45 farbige Kranke behandelt. Auf den einzelnen Kranken kamen 16 Behandlungstage. Die ungefähre Iststärke der farbigen Bevölkerung im Tanga-Bezirk beträgt 80 000, doch läßt diese Zahl sich natürlich nicht für eine Berechnung der Zugangsprozente verwerten, eher schon die Ziffer der farbigen Einwohnerschaft der Stadt Tanga, die etwa 7000 Köpfe zählt.

Allgemeines.

Unter den Europäern in Tanga gab es keine Epidemie, dagegen herrschten bei den Farbigen des Bezirkes, namentlich in den Akidaten Muhesa, Kwa Mwarimba und Mkuzi Masern.

Im Oktober 1904 traten die Masern auch in Tanga auf. Bald darauf begann unter den Schülern der Gouvernementsschule eine Windpockenepidemie.

Im Laboratorium des Krankenhauses wurden 572 Blutuntersuchungen ausgeführt, zweimal fanden sich Spirillen des Rückfallfiebers, zweimal Malaria quartana, sechsmal tertiana und 155 mal tropica.

Die Erholungsstation auf der Leuchtinsel Ulenge wurde am 19. November 1904 einem Privatunternehmer zur Bewirtschaftung verpachtet, bis dahin war sie von sechs Personen mit 34 Tagen Aufenthalt besucht worden.

Die Prostituierten der Stadt Tanga wurden jede Woche einmal ärztlich untersucht.

Das Schwefelbad Amboni, das der Kommune Tanga gehört und untersteht, suchten 15 Europäer, 4 Goanesen, 80 Inder und 42 Neger auf.

An Baulichkeiten wurden vollendet und bezogen drei Baracken für Farbige mit Küche und Abortanlage, ein Gebäude für die Poliklinik für Farbige und ein Wohnhaus für den Sanitätsunteroffizier.

Die Wasserversorgung des Krankenhauses Tanga ist noch ungenügend, einmal, weil das Wohnhaus des Sanitätsunteroffiziers, die Poliklinik und die drei Baracken des Farbigen-Hospitals nicht an die Wasserleitung angeschlossen sind, und zum andern, weil in den regenarmen Monaten Dezember, Januar, Februar und März der die Leitung speisende Röhrenbrunnen fast ganz versiegt. Aber auch in den Regenmonaten tritt oft genug Wassermangel ein, da die vorhandenen Menschenkräfte nicht genügen, um ausreichende Wassermengen hochzupumpen; ein maschineller Antrieb der Pumpe ist erforderlich.

Das europäische Personal des Krankenhauses bestand in einem Sanitätsoffizier, einem Sanitätsfeldwebel als Rechnungsführer, einem Sanitätssergeanten und drei Schwestern vom Deutschen Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien.

Sewa-Hadji-Hospital Daressalam.

(Berichterstatter Oberarzt Dr. Greisert.)

Der Hauptdienst des Sewa-Hadji-Hospitals besteht in der Krankenbehandlung von Farbigen, an die zweite Stelle tritt die Poliklinik für kranke Europäer, die erforderlichenfalls dem Gouvernementskrankenhause überwiesen werden.

Bei den Farbigen (Zivilpersonen) wurden folgende 1172 Krankheiten behandelt:

	Zahl der Fälle
I. Infektions- und allgemeine Erkrankungen:	
Pocken	21
Masern	14
Mumps	5
Rose	2
Rückfallfieber	7
Malaria	75
Schwarzwasserfieber	5
Grippe	3
Tuberkulose der Lungen	1
Tuberkulose der Knochen	4
Tuberkulose anderer Organe	1
Ruhr	25
Starrkrampf	1
Gelenkrheumatismus	6
Chronischer Gelenkrheumatismus	2
Blutarmut	3
Andere allgemeine Erkrankungen	3
II. Krankheiten des Nervensystems:	
Geisteskrankheiten	1
Fallsucht	1
Hirnhautentzündung	1
Krankheiten des Gehirns	1
Krankheiten des Rückenmarks	1
III. Krankheiten der Atmungsorgane:	
Luftröhrenkatarrh	3
Akuter Bronchialkatarrh	63
Chronischer Bronchialkatarrh	3
Lungenentzündung	21
Brustfellentzündung	6
Lungenerweiterung	1
IV. Krankheiten der Kreislauf- u. blutbereitenden Organe:	
Herzkrankheiten	2
Hämorrhoiden	2
Lymphdrüsenentzündung	26
Summe der Seite	310

	Zahl der Fälle
Übertrag	310
Andere Krankheiten der Gruppe IV	1
Milzschwellung	1
V. Krankheiten der Ernährungsorgane:	
Krankheiten der Kiefer und Zähne	5
Mandelentzündung	3
Magenkatarrh	30
Chronischer Magenkatarrh	1
Darmkatarrh	21
Unterleibsbrüche	9
Leberschwellung	2
Krankheiten des Mastdarms	1
Eingeweidewürmer	2
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, ausschließlich der venerischen:	
Nierenentzündung	2
Blasenkatarrh	1
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	5
Wasserbruch	12
Andere Krankheiten der Harnorgane	1
VII. Venerische Krankheiten:	
Tripper	128
Hoden- und Nebenhodenentzündung	9
Spitze Feigwarzen	10
Schanker	103
Bubo	4
Syphilis	23
VIII. Augenkrankheiten:	
Tripper-Blennorrhoe	2
Krankheiten der Lider	1
Bindehautkatarrh	22
Krankheiten der Tränenorgane	1
Krankheiten der Hornhaut	3
Krankheiten der Regenbogenhaut	4
Krankheiten des Sehnerven	1
Andere Augenkrankheiten	5
IX. Ohrenkrankheiten:	
Krankheiten der Ohrmuscheln	1
Krankheiten des äußeren Gehörgangs	10
Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	13
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen:	
Krätze	4
Akute Hautkrankheiten	39
Chronische Unterschenkelgeschwüre	51
Panaritium	9
Summe der Seite	850

	Zahl der Fälle
Übertrag	850
Zellgewebsentzündungen	86
Furunkel	29
Gutartige Geschwülste	3
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	2
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane:	
Knochenhautentzündung	4
Akute Gelenkentzündung	8
Fußgeschwulst	2
Muskelrheumatismus	9
Andere Krankheiten der Muskeln	2
Krankheiten der Sehnen	2
XII. Mechanische Verletzungen:	
Quetschungen der Weichteile	11
Knochenbruch des Unterarms	2
Knochenbruch des Oberschenkels	2
Knochenbruch der Rippen	1
Verstauchung der oberen Gliedmaßen	2
Verstauchung der unteren Gliedmaßen	2
Hieb- und Schnittwunden	2
Stichwunden	2
Riß- und Quetschwunden	62
Bißwunden	2
Brandwunden	4
Andere Wunden und Verletzungen	1
XIII. Andere Krankheiten:	
Allgemeine Körperschwäche	1
Altersschwäche	1
Zur Beobachtung	18
XV. Durch tierische Parasiten entstandene Krankheiten:	
Ankylostomiasis	16
Elephantiasis	8
Bilharzia	2
Framboesie	3
Sandflohgeschwüre	18
Lepra	2
Filariakrankheit	1
XVI. Frauenkrankheiten:	
Entbindungen	1
Gebärmutterkatarrh	1
Erosionen am Muttermund	4
Scheidenblutung	1
Scheidenkatarrh	1
Bartolinitis	3
Eierstockgeschwulst	1
Zusammen	1172

Gestorben sind an:

	Zahl der Fälle		Zahl der Fälle
Schwarzwasserfieber	1	Übertrag:	15
Ruhr	7	Darmkatarrh	1
Starrkrampf	1	Eingeweidewürmern	1
chronischem Gelenkrheumatismus	1	Nierenentzündung	2
Hirnhautentzündung	1	Akuter Gelenkentzündung	1
Krankheiten des Gehirns	1	Oberschenkelbruch	1
Lungenentzündung	1	allgemeiner Körperschwäche	1
Brustfellentzündung	1	Framboesie	1
anderen Krankheiten der Gruppe IV	1	Ankylostomiasis	1
		Bilharzia	1
Zusammen:	15	Zusammen:	25

Geheilt wurden	1087
Anderweitig gingen ab	39
Bestand blieb	89

Im Berichtsjahre sind 646 farbige Zivilpersonen ins Hospital aufgenommen und mit einer Durchschnittszahl von 24 Tagen ärztlich behandelt worden. Es befanden sich täglich 42 farbige Zivilpersonen in Lazarettbehandlung.

Jeden Sonnabend wurden die prostituierten Weiber untersucht, von denen 213 ins Hospital aufgenommen wurden.

Lienhardt-Sanatorium Wugiri.

(Berichterstatter Stabsarzt Dr. Wittrock.)

Am 1. September 1904 wurde das erste Höhensanatorium Deutschostafrikas, das Lienhardt-Sanatorium in Wugiri (West-Usambara) eröffnet. Es ist damit eine Anlage in Betrieb gesetzt worden, durch welche es ermöglicht wird, den Europäern in der Kolonie selbst einen Aufenthalt zu bieten, wo sie Ruhe von der Arbeit und Erholung von den schädlichen Wirkungen des tropischen Klimas oder nach Krankheiten finden können.

Die Bedingungen für den Zweck des Sanatoriums sind durch seine Lage und ganze Einrichtung erfüllt worden. Reichlich 1000 m über dem Meere, auf einem der schönsten Punkte des West-Usambara-Gebirges (Bezirk Wilhelmstal) liegen die aus

massiven Steinwänden mit Wellblechbedachung aufgeführten Gebäude. Die freie Lage des an der südöstlichen Ecke des genannten Gebirgsstockes vorspringenden Höhenrückens, welcher die Anlage trägt, gestattet nach allen Seiten die herrlichsten Fernsichten, sei es in die weite, vom Panganifluß durchzogene Steppe, sei es auf die Höhenkette Ost-Usambaras und des Lutindigebirges oder auf die benachbarten Berge, Schluchten und Täler West-Usambaras. Dadurch wird dem Besucher von vornherein der Eindruck des Eingeschlossenseins genommen, wie er so leicht Bergkurorten anhaftet, und der für nervös Erkrankte etwas Bedrückendes und Beklemmendes hat. Anderseits ist die gewählte mittlere Höhenlage gerade geeignet, die Vorteile der Höhe hinsichtlich der Temperatur zu bieten, ohne die lästigen Nebenwirkungen zu erzeugen, welche sonst leicht mit dem Aufenthalt in höheren Gebirgsregionen für die daran nicht Gewöhnten verbunden zu sein pflegen.

Von der Station Korogwe der Usambarabahn aus (in reichlich vier Stunden von Tanga zu erreichen) führt eine gut angelegte Fahrstraße mit mäßiger Steigung in fünf Stunden zum Sanatorium. Fußwege, die steiler ansteigen, manche Krümmung dieser Straße abschneiden, verkürzen die Marschdauer, und gute Bergsteiger kommen in weniger als drei Stunden auf einem Negerpfade zum Ziel.

Man betritt das Gebiet des Sanatoriums an der Stelle, wo das farbige Personal desselben seine Wohnung hat, Hütten, die an der auf die Stallungen zu führenden Straße erbaut sind. Rechts und links windet sich die Straße langsam weiter aufwärts, um auf der einen Seite das die Höhe krönende Kasino, das Kurhaus und das Verwaltungsgebäude, auf der anderen Seite die Einzelwohnhäuser (zur Zeit zwei) und das Arzthaus zu erreichen.

Das Kasino, wie alle Räume vollständig nach europäischer Art ausgestattet, enthält zwei geräumige Eßsäle, von denen die großen geschlossenen Veranden einen freundlichen und doch vor den Unbilden der Witterung geschützten Aufenthalt bieten. Ein Lese-, Musik- und zwei Billard- bzw. Spielzimmer sind bestimmt, für die Unterhaltung der Gäste zu sorgen, während die Garderobenräume, die Küche nebst Anrichteraum praktischen Zwecken dienen.

Das Verwaltungsgebäude, ein zweistöckiger Bau, schließt sich zunächst dem Kasino an. In ihm finden wir im Erdgeschoß das Geschäftszimmer, zugleich als Postzimmer benutzt, und den Poli-

klinikraum, in welchem auch die Apotheke und der Platz für mikroskopische Arbeiten untergebracht sind, im ersten Stock die Wohnung des Verwalters. Das Magazin und die Waschküche befinden sich in einem kleinen Nebengebäude.

Das Kurhaus, das dritte auf dem Kasinoberg liegende Gebäude, ist ein Sammelwohnhaus. Ein offener Gang zieht sich an der ganzen westlichen Seite desselben hin und auf ihn münden acht Zimmer, deren jedes mit der davorliegenden Veranda ein abgeschlossenes Ganzes bildet, bestimmt, je einen Kurgast aufzunehmen. Das der Schwesterwohnung, die am Südende des Kurhauses liegt, zunächst befindliche Zimmer wird im Bedarfsfalle zur Aufnahme erkrankter Gäste verwandt. Die Baderäume und Aborte findet man in der Mitte des Ganges.

Die oben erwähnten Einzelwohnhäuser, reichlich fünf Minuten vom Kasino entfernt, enthalten je zwei hübsch und bequem eingerichtete Zimmer mit je einer offenen Veranda, daneben Bad und Abort. Sie sind besonders geeignet, Familien aufzunehmen, die hier völlig abgeschlossen für sich wohnen.

Das Arzthaus ist für einen verheirateten Arzt eingerichtet. Demgemäß finden sich in diesem außer dem Sprechzimmer drei Wohn- und die nötigen Wirtschaftsräume.

Sämtliche Gebäude sind von gärtnerischen Anlagen umgeben, Spazierwege mit schattigen Sitzplätzen sind geschaffen worden; doch muß an der Ausschmückung, dem Ausbau und der Anpflanzung der Wege noch weitergearbeitet werden.

Die Wasserversorgung der ganzen Anlage erfolgt durch eine höher gelegene Quelle, deren Wasser von einem benachbarten Berg in einem weitausgedehnten Röhrennetz durch den natürlichen Druck überallhin geleitet wird. Die Quelle selbst ist gefaßt worden und zum Schutze gegen Verunreinigung aller Art überbaut worden. Ein großes Bassin fängt das nebenbei fließende Wasser sowie das Regenwasser auf und dient dazu, im Falle Versagens der Quelle in allzu trockener Zeit das erforderliche Wasser, das dann durch einen Filter in die Leitung strömt, zu liefern.

Die sämtlichen Aborte sind mit Wasserspülung versehen, und die Abwässer werden bei jedem einzelnen Gebäude in fest zementierten Senkgruben aufgefangen. Aus diesen fließt oben das Wasser durch eine Art Hebevorrichtung ab und wird in Tonröhren überall so weit den Abhang hinuntergeleitet, bis es ohne Nachteil frei sich verlaufen kann. Der Verschluß gestattet aber

nicht, daß die festen Fäkalien mit fortgeschwemmt werden, diese sammeln sich auf dem Boden der Grube an und müssen ein- oder zweimal im Laufe des Jahres ausgepumpt werden. Es war versucht worden, Sickergruben herzustellen, doch kam man sehr schnell davon ab, da der feste Tonboden hierselbst sich durchaus als undurchlässig erwies. Das jetzige System hat sich bis heute aufs beste bewährt.

Das Klima in Wugiri muß als ein sehr günstiges bezeichnet werden. Während es im September und Oktober oft noch morgens und abends für einen Tropenhitze gewohnten Menschen unangenehm kühl und feucht sein konnte, brachten die folgenden Monate eine wundervolle Witterung mit sich. Regen fiel nur sehr vereinzelt, vom 1. Dezember 1904 bis gegen Mitte März 1905 war es ganz trocken, und trotzdem kühlte die Luft schon in den späteren Nachmittagsstunden so ab, daß die kurze Zeit der Mittagshitze kaum als lästig empfunden wurde.

Die Temperatur der Luft und des Wassers ist hier ständig mehrere Grade niedriger als an der Küste, dazu kommt, daß meist ein geringerer oder stärkerer Luftzug für weitere Erfrischung sorgt.

Mit Sicherheit läßt sich aber schon jezt behaupten, daß ein mehrwöchiger Aufenthalt im Lienhardt-Sanatorium nicht nur für eine allgemeine Erholung des Körpers, sondern auch gerade für diejenigen Krankheiten, welche durch die Hitze hervorgerufen sind, insbesondere für die verschiedenen tropischen Hautkrankheiten der Europäer und für nervöse Zustände (z. B. Schlaflosigkeit), von größtem Nutzen und Heilerfolg sein wird.

Das Personal des Sanatoriums setzt sich zusammen aus dem leitenden Arzt, dem Verwalter, einer Pflegeschwester, welcher zugleich die Küche und Wäsche untersteht, und 17 farbigen Arbeitern (Koch, Wäscher usw. einbegriffen).

Über die Tätigkeit des Sanatoriums seit seiner Eröffnung (1. September 1904) ist folgendes zu berichten, wobei zu berücksichtigen ist, daß der Besuch in den ersten drei Monaten nur ein sehr beschränkter war, weil die Bauarbeiten noch nicht völlig beendet waren.

Im ganzen fanden Aufnahme 39 Personen (29 Männer, 9 Frauen und 1 Kind) mit 456 Verpflegungstagen.

Von den Erholungsbedürftigen litt einer an ausgebreiteter Furunkulose, einer an Neuralgie, einer an den Folgen von Malaria,

während 11 ohne vorhergegangene besondere Krankheit wegen allgemeiner Abspannung oder nervöser Beschwerden das Sanatorium aufsuchten. Die Dauer des jeweiligen Aufenthaltes schwankte zwischen 6 und 44 Tagen. In allen Fällen machte sich ein guter Erfolg in bezug auf die Kräftigung und Leistungsfähigkeit des Körpers, auf Appetit und Schlaf sowie auf die verschiedenen lokalen Beschwerden geltend.

Es wurden bewohnt die Einzelhäuser von 37, das Kurhaus von zwei Personen.

Außer einem Fall von kurzdauerndem akuten Darmkatarrh kamen Erkrankungen der Kurgäste hier nicht vor.

Auch der Gesundheitszustand des Personals muß als ein guter bezeichnet werden. Das farbige Personal wird in bestimmten Zwischenräumen auf Malaria untersucht, ebenso wie auch alle mit Europäern ankommende farbige Dienerschaft, und bei positivem Blutbefund eine Chininkur eingeleitet, um möglichst die Träger von Infektionskeimen von dem Gebiet des Sanatoriums fernzuhalten.

IV. Statistik.

Anlagen II, III, IV, s. S. 66 bis 79.

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

V. Kasuistik.

1. Pocken.

Die Pocken traten auch in diesem Jahre nirgends bedrohlich auf; größere Epidemien wurden überhaupt nicht gemeldet.

Anlage V, s. S. 80.

Über die ausgeführten Impfungen gibt die folgende Nachweisung Aufschluß. Es fehlen in derselben mehrere hundert in Amani vorgenommene Impfungen, über die genaue Zahlen nicht angegeben sind.

Es wurden über 28 000 Menschen geimpft. Die verwendete Lymphe stammte aus dem Königl. Impfinstitut in Dresden. Sie wurde in etwa 15 000 Fällen direkt versandt. Die Berichte über ihre Haltbarkeit lauten günstig. Die hier geübte Methode, die in Holzhülsen geschützten Lymphröhrchen in Blechkästchen zu verpacken, die mit hydrophilem Stoffe umwickelt im Leinenbeutel getragen und an jedem Wasserlaufe frisch befeuchtet

werden, hat es ermöglicht, Lymphe bis 35 Tage über Land zu schicken, ohne ihre Wirksamkeit aufzuheben. Auch ist Selbstgewinnung von Kälberlymphe angeregt worden. Die berichteten Ergebnisse — günstig in Tabora, Langenburg (9500 Impflinge), Kilimatinde — lassen erwarten, daß in Zukunft die im Innern gelegenen Stationen in immer steigendem Umfange ihre Impfungen mit selbstgewonnener Lymphe werden ausführen können.

Um eine größere Gleichmäßigkeit der Durchimpfung der farbigen Bevölkerung zu erzielen, sind sämtliche Stationsbezirke nach entsprechenden Vorschlägen der Stationsärzte in Impfkreise eingeteilt worden, die jeder in zwei bis fünf Wochen bereist werden können.

2. Windpocken.

Über eine kleine Endemie berichtet Stabsarzt Dr. Brückner (Tanga):

Das Vorkommen beschränkte sich auf eine Endemie von 114 Fällen, darunter zwei Rückfälle, die sich in der Gouvernementsschule in Tanga abspielte. Einmal schlossen die Windpocken sich an die Impfung mit Kälberlymphe, ein andermal an die Masern an, was in beiden Fällen zweifellos als zufälliges Zusammentreffen anzusehen ist. Die Behandlung bestand in Einfetten, Streupuder und rotem Licht; die Durchschnittsdauer betrug neun Tage.

Alle Fälle heilten ohne Komplikationen.

Drei weitere Fälle gelangten in Iringa zur Beobachtung.

3. Masern.

In Daressalam kamen in den Monaten Oktober und November unter den Inder- und Eingeborenen-Kindern eine Anzahl Erkrankungen an Masern vor. Von den Farbigen wurde die Krankheit Shurua genannt. 14 Fälle kamen ins Krankenhaus. Die Erkrankungen, welche mit Fieber, Bindehautkatarrh, einem aus kleinen Knötchen bestehenden Ausschlag und Gedunsenheit des Gesichts einhergingen, verliefen sämtlich leicht. Die Ausgangsstelle der Epidemie war nicht festzustellen.

Vom Plantagenarzt Dr. Kummer wird über zwei Fälle von Masern, welche im Oktober 1904 in Amani vorkamen, berichtet.

Aus Tanga berichtet Stabsarzt Dr. Brückner über eine Masernepidemie wie folgt:

„In seinem Monatsbericht für September 1904 teilt der farbige Vorsteher der Landschaft Muhesa dem Bezirksamt Tanga folgendes über eine ausgebrochene heftige Endemie mit (aus dem Kisuaheli übersetzt):

„. . . Und die Art der Krankheit ist so: sie beginnt mit Fieber, am zweiten Tage bekommt das Kind Husten, am dritten schwillt das Gesicht und der ganze Körper an, und es tritt Ausschlag auf, am vierten erbricht das Kind, leidet an Durchfall, kann nichts essen und ist sehr schläfrig. Und die Eltern warten es, damit es nicht einschläft, weil sie befürchten, daß dann die Augen des Kindes brechen.“ Auch aus den Muhesa benachbarten Landschaften kamen Nachrichten, daß diese Krankheit, die von den Küstenleuten Shurua oder Terema, von den Wabondei Saada genannt wird, sehr um sich gegriffen und viele Opfer gefordert habe; an 200 Todesfälle kamen zu meiner Kenntnis. Besonderes Gewicht wurde in diesen Berichten auf die Erscheinungen der Augenkrankheit gelegt.

Ich reiste zweimal nach dem an der Usambarabahn gelegenen Muhesa, um die Krankheit kennen zu lernen, und untersuchte eine ganze Reihe von Kindern. Als hervorstechendes Symptom traten mir in fast allen Fällen eitrige Konjunktivitis, häufig auch Keratitis, die nicht selten in Perforation übergegangen war, entgegen. Daneben wurde über Husten und Darmkatarrh geklagt. Ausschlag bekam ich nicht zu Gesicht, da nur ältere Fälle zu mir gebracht wurden. Die Kinder waren fiebrig und machten einen schwerkranken Eindruck; die Augenlider waren von Eiter verklebt. Sobald eine Mutter bemerkte, daß ihr auf dem Arm getragenes Kind die Lider schloß, schlug sie ihm mit einem Stöckchen auf die Fußsohlen, um das arme Wesen wach zu halten und so das gefürchtete „Brechen“ der Augen zu verhüten. Daß man die Augen vom Eiter reinigen könne, auf den Gedanken kamen sie nicht. Auch erwachsene Kranke bekam ich zu Gesicht, doch schienen sie nur leicht befallen zu sein. Ich erfuhr, daß die Krankheit durchaus nicht ganz unbekannt, sondern schon früher aufgetreten sei, nur niemals in so gefährlicher Weise; ältere Leute zeigten mir Hornhautflecke, die sie nach dem Überstehen der Shurua in ihrer Jugend zurückbehalten hätten. Ferner hörte ich, daß Wiedererkrankungen an diesem Leiden etwas sehr Seltenes seien.

Wenn ich angesichts dieses Krankheitsbildes auch sofort an Masern dachte, so wurde ich doch meiner Diagnose erst sicher, als kurze Zeit darauf, im Oktober 1904, eine Epidemie von 39 Fällen in der Regierungsschule in Tanga ausbrach. Der Ansteckungsstoff war zweifellos durch beurlaubte Schüler aus dem verseuchten Hinterland eingeschleppt worden. Zwar bekam ich die Koplikschen Spritzflecken an den Innenflächen der Wangen nicht zu sehen, aber der Verlauf und die übrigen Erscheinungen waren ganz die bekannten der Masern: Fieber, Konjunktivitis, Schnupfen, heiserer, trockener Husten, das Exanthem am weichen Gaumen, dann am 3. oder 4. Tag Ausbruch des Exanthems, meist an der Stirn, gedunsenes Gesicht usw. Das Exanthem als solches war allerdings schwer zu sehen, da ein Farbenunterschied gegen die gesunde Haut ganz fehlte; man konnte es aber an der Unebenheit der Haut beim Hinüberfahren mit der Hand und bei genauerer Betrachtung als unregelmäßig gezackte Gruppen

dicht zusammen stehender kleiner Knötchen erkennen. Am 5. bis 8. Tage erfolgte kritischer Fieberabfall und begann die kleienförmige Abschuppung. Einmal schloß sich eine Brustfellentzündung an die Masern an, ein andermal traten Windpocken hinzu. Alle Kranken wurden geheilt.

Die Therapie bestand in Fetteinreibungen, Ganzpackungen, rotem Licht und den gewöhnlichen, symptomatischen Mitteln. Im verseuchten Hinterland ließ die Krankheit erheblich nach, nachdem das Volk belehrt und Arzneien, namentlich Augenwasser, ausgeteilt worden waren."

Eine eigenartige akute exanthematische Krankheit (Masern?) unter farbigen Kindern im August und September erwähnt ferner Stabsarzt Dr. Stierling-Pangani:

„Diese, von den Eingeborenen schafurra (d. i. epidemische Krankheit schlechthin) genannt, hatte großen Umfang besonders unter den Schülern. Ärztlich beobachtet wurde nur noch ein, offenbar schon abortiv verlaufener Fall.

Der Verlauf wird als hoch fieberhaft, aber durchaus gutartig geschildert, in etwa einer Woche trat stets Heilung ein. Kontagiosität sehr groß.

Das Exanthem war sehr charakteristisch, klein papulös, so daß sich die Haut wie ein Reibeisen anfühlte, im Gesicht und auf den Armen mit Vorliebe, zuweilen auch auf dem ganzen Körper. Es war offenbar durch Hyperämie und Hypersekretion der Talgdrüsen bedingt. Häufig ließ sich das Sekret der letzteren comedonenartig ausdrücken. Es heilte ohne Abschilferung und ohne Spuren ab."

4. Unterleibstyphus.

Es wurden je eine Erkrankung aus dem Gouvernementskrankenhause Daressalam und aus Kilwa gemeldet. Im ersten Fall, der einen Matrosen des D. O. A. L. Dampfers „Kanzler" betraf, lag die Ansteckungsquelle mit Sicherheit weit außerhalb des Schutzgebiets, im zweiten Falle, bei einem aus Britisch-Ostafrika zugezogenen Ansiedler, war die Ansteckungsquelle nicht festzustellen.

Der Fall in Daressalam, der mit Malaria kompliziert war, endete am fünften Behandlungstage tödlich, der andere ging in Heilung über.

5. Rückfallfieber.

Rückfallfieber ist im Berichtsjahre unter Europäern weniger häufig aufgetreten.

Die Krankheit ist offenbar im ganzen Schutzgebiet verbreitet.

Als Ansteckungsorte für Europäer sind die Rastanstalten auf den zur Küste führenden Karawanenstraßen anzusehen. Die

Krankheit tritt bei Europäern meist in recht schwerer Form auf und ist öfters von Regenbogenhautentzündung und schweren nervösen Störungen begleitet.

Über die im Krankenhause in Daressalam behandelten Europäer berichtet Stabsarzt Dr. Exner:

„Wegen Rückfallfieber wurden sieben Kranke, der eine zweimal kurz nacheinander, ins Krankenhaus geschickt, ein Kranker wurde in seiner Wohnung behandelt.

Von diesen acht Kranken hatten sich sechs auf der Karawanenstraße Morogoro—Mafisifähre—Daressalam, einer im Bezirk Bagamojo infiziert.

Bei sämtlichen Kranken wurden im Blut die Spirochaete Obermeyeri nachgewiesen. Zur Färbung der Präparate wurde verdünnte Karbolfuchsinlösung verwandt. Die Parasiten waren meist in sehr geringer Menge und auch nicht bei jedem Anfall vorhanden. Die Fieberanfälle waren von sehr heftigen Kopf- und Gliederschmerzen begleitet, welche von einem Kranken geradezu als Muskelkrämpfe bezeichnet wurden. Schüttelfrost fehlte. Die höchste beobachtete Temperatursteigerung betrug 41,2 Grad. Die Pausen zwischen den Anfällen betrugen gewöhnlich 9 bis 13, einmal 16 Tage. Die Anfälle selbst dauerten 3 bis 4 Tage, die späteren nur 1 bis 2 Tage. Auch wurden die Pausen zwischen den späteren Anfällen länger. Der letzte Anfall verlief manchmal mit nur geringer Temperaturerhöhung, aber noch unter heftigen Gliederschmerzen.

Merkwürdig war an der Fieberkurve, daß in einigen Fällen am dritten Fiebertage ein steiler Fieberabfall von beispielsweise 41,0 auf 36,4 Grad erfolgte und dann sofort wieder ein schneller Anstieg bis gegen 40,0 Grad auftrat, nach welchem die Temperatur dann während einer Nacht zur Norm abfiel.

Bei mehreren Kranken fiel das schnelle Auftreten der Schweißabsonderung schon einige Stunden nach Beginn des Fiebers auf, welches dann noch einige Tage hoch blieb, beständig von Schweißabsonderung begleitet.

Kompliziert war ein Fall mit Malaria tropica und Dysenterie. Sonst traten nach dem Überstehen der Anfälle bei vier Kranken Entzündung der Regenbogenhaut auf. Bei drei Fällen folgten Lähmungen der Gesichtsnerven bzw. von Augenmuskeln. Diese Komplikationen verliefen, ohne wesentliche Störungen zu hinterlassen.

Geheilt bzw. dienstfähig wurden sechs Kranke entlassen, gebessert zwei."

Der Nachweis der Übertragung des Rückfallfiebers in Deutsch-Ostafrika durch eine Zecke (Ornithodorus Larygnii) ist von Robert Koch geführt. Die Berichterstattung über die Versuche in dieser Hinsicht und ihr wissenschaftliches Ergebnis muß dem genannten Gelehrten vorbehalten bleiben.

6. Malaria, Malariabekämpfung. Schwarzwasserfieber.

(Bearbeitet von Oberarzt Kudicke.)

Die Gesamtzahl der im Jahre 1904/05 wegen Malaria in Behandlung gekommenen Europäer betrug nach den ärztlichen Vierteljahrsberichten 632 gegenüber 456 im vorhergehenden Jahre. Die Vermehrung der Krankenzahl erklärt sich einerseits durch die Bevölkerungszunahme überhaupt, anderseits ist aber der Einfluß einer ungewöhnlich starken und anhaltenden Regenperiode wenigstens für die Küstenstationen nicht zu verkennen. Zur Orientierung diene die Anlage VI, in der die monatlichen Regenmengen der letzten drei Jahre für Daressalam und Tanga zusammengestellt sind und darunter die Anzahl der Malariakranken in Prozenten der Bevölkerungsziffer für die gleichen Jahre. Die letzteren Zahlen sind allerdings insofern nicht einwandfrei, als in ihnen auch rezidive und zugereiste Kranke mit enthalten sind. Immerhin ist auffallend, daß in Daressalam die Morbidität eine, wenn auch sehr geringe Abnahme erfahren hat, während in Tanga eine beträchtliche Zunahme eingetreten ist. Es liegt nahe, den Grund für dieses verschiedene Verhalten in der systematischen Malariabekämpfung zu suchen, ohne die auch in Daressalam eine Zunahme der Malariaerkrankungen sicherlich eingetreten wäre, umsomehr, als gerade hier die europäische Bevölkerung beträchtlich angewachsen ist. Anderseits ist eine Einwirkung der veränderten meteorologischen Verhältnisse auch in Daressalam ganz unverkennbar, denn die Fortschritte gegenüber den früheren Jahren sind ganz erheblich geringere gewesen.

Anlage VI, s. S. 82.

Die Zahl der Malariakranken auf den mit Ärzten besetzten Stationen und der Anteil der Zivil- und Militärbevölkerung an der Morbidität sind aus der Anlage VII zu ersehen. Es ergibt sich daraus u. a. die interessante Tatsache, daß an einzelnen Orten, und zwar gerade an denen, wo die Gesamtheit eine Verschlechte-

Anlage VII, s. S. 83.

rung aufweist, das Bild sich im wesentlichen zu ungunsten der Zivilbevölkerung verschoben hat.

Gestorben sind im Berichtsjahre unter den Europäern drei Malariakranke; nur bei einem ist aber der Tod auf Malaria (tropica) zurückzuführen. Es handelte sich um einen Menschen in Tanga, der dem Krankenhause erst zuging, nachdem er schon zehn Tage lang zu Hause mit hohem Fieber gelegen hatte, ohne Chinin zu nehmen. Daß der Kranke schon seit langer Zeit an Malaria leiden mußte, bewies u. a. die ungewöhnliche Größe der Milz, die mit ihrem unteren Rande auf Darm- und Schambein ruhte. Trotz sofort eingeleiteter Chininbehandlung erfolgte der tödliche Ausgang, indem kurz vor dem Tode die Temperatur 42,8 Grad erreichte (Stabsarzt Brückner).

Glücklicherweise gehören derartige Fälle zu den Seltenheiten, und in den meisten ärztlichen Berichten wird hervorgehoben, daß die beobachteten leichterer Natur waren.

Im Krankenhause zu Daressalam sind 127 Malariakranke behandelt worden. Bei 5 von diesen bildete die Malaria die Begleiterscheinung anderer Krankheiten. Als Rückfälle waren 34 Erkrankungen aufzufassen; 30 Kranke gingen von auswärts zu oder hatten sich wenigstens aller Wahrscheinlichkeit nach außerhalb der Stadt infiziert. In 118 Fällen wurden die Parasiten der Tropica nachgewiesen, dreimal Tertian- und zweimal Quartanparasiten. Malaria tropica war in je einem Falle mit Tertiana und Quartana und einmal mit beiden vergesellschaftet. In einem Falle (Malaria-Kachexie) wurden Parasiten nicht gefunden. Chinin wurde gewöhnlich in Grammdosen verordnet, indem bei dem Fieberabfall zunächst 1,0 Gramm, nach der definitiven Entfieberung noch an vier Tagen je 1,0 Gramm in Tabletten gegeben wurde. Nur ausnahmsweise bediente man sich der Injektionen von 0,5 Gramm Chinin bimur. Von den Kranken starb einer an Unterleibstyphus, zwei wurden als gebessert, die übrigen als geheilt entlassen.

Mit der Nachkur wurde bereits nach zweitägiger Pause begonnen, weiterhin wurde sie dann mit siebentägigen Unterbrechungen zwei Monate lang fortgesetzt. Stets wurde 1,0 Gramm an zwei aufeinanderfolgenden Tagen gegeben oder angeraten.

In Tanga wurden ½ Grammdosen bei Behandlung des Anfalls bevorzugt, und zwar wurde während des Temperaturabfalls

dreimal 0,5 Gramm, nach demselben 5 bis 7 Tage lang zweimal 0,5 Gramm täglich gegeben. Nach zweitägiger Pause begann die Nachkur, bei der stets an zwei aufeinanderfolgenden Tagen 1,0 Gramm verordnet wurde, indem die Pausen allmählich bis zu sieben Tagen gesteigert wurden. Bei keinem der in dieser Weise Behandelten trat ein Rückfall ein.

Bei Schwarzwasserfieberkandidaten wurden zur Verhütung des Anfalls Dosen von 0,1 Gramm zweistündlich bis zur Tagesmenge von 1,0 Gramm unter steter Urinkontrolle gegeben mit dem Erfolge, daß Hämoglobinurie in allen Fällen vermieden wurde. In der letzten Zeit wurde bei denen, die vor Schwarzwasserfieber sicher schienen, von vornherein, d. h. ohne Rücksicht auf die Temperatur, viermal 0,25 Gramm mit zufriedenstellendem Erfolge angewandt (Stabsarzt Brückner).

In 88 % der Fälle in Tanga wurden Parasiten nachgewiesen, und zwar in 95 % (auf die positiven Fälle berechnet) die Formen der Tropica, in 3,7 % die der Tertiana und in 1,3 % die der Quartana.

Bei den Personen mit negativem Blutbefund handelte es sich gewöhnlich um alte chronische Fälle mit harten Milztumoren.

Die Chininprophylaxe hat anscheinend bei Reisen im Innern immer mehr Aufnahme gefunden. Genauere Angaben können darüber leider nicht gemacht werden. Vorübergehende Chininprophylaxe wurde in Daressalam während der großen Regenzeit von einer Reihe von Beamten, Offizieren usw. auf Anraten des stellvertretenden Medizinalreferenten ausgeübt, und zwar in der Form, daß an drei aufeinanderfolgenden Tagen der Woche 0,5 Gramm genommen wurde. Vielleicht ist darauf die verhältnismäßig geringe Krankenziffer während des ersten Quartals zurückzuführen.

Auch in Tanga hat Stabsarzt Brückner von dieser Form der Prophylaxe gute Erfolge gesehen, namentlich wenn Chinin in Kombination mit Arsenik und Eisen gegeben wurde. Übrigens berichtet er auch, daß Grammdosen, am achten und neunten Tage genommen, in allen Fällen einen Malariaausbruch verhüteten.

Aus Neu-Langenburg berichtet Stabsarzt Schelle, daß „die Chininprophylaxe sich auch in diesem Jahre glänzend bewährt habe, sei es, daß 1,0 Gramm jeden achten Tag oder jeden neunten und zehnten Tag genommen wurde. Nach der ersten

Methode sind z. B. die beiden in Neu-Langenburg wohnenden Frauen von Gouvernementsangehörigen, die eine 2¾ die andere 1½ Jahre in Afrika, bis jetzt trotz mancher Reisen auch in Fiebergegenden von jedem Fieber verschont geblieben.“ Diese Erfahrung dürfte für alle Fiebergegenden jedenfalls nicht zutreffend sein.

Aus Daressalam sind dem Berichterstatter einzelne Personen bekannt, die lange Zeit kleine Chinindosen (0,2 bis 0,3 Gramm) mit oder ohne Arsenik täglich gebrauchten und ebenfalls in dieser Zeit vom Fieber frei blieben. In einem anderen Falle entwickelte sich, trotzdem die gleiche Methode angeblich regelmäßig durchgeführt wurde, eine chronische Malaria mit Halbmonden im Blute. Es scheint daher dringend geraten, weitere Erfahrungen in dieser Hinsicht abzuwarten.

In Daressalam ist im übrigen anscheinend auch das Bedürfnis nach persönlichem, mechanischem Schutz im Wachsen begriffen, wozu allerdings vielfach nur das Überhandnehmen der Moskitoplage, weniger die Furcht vor Malariaerkrankungen den Anstoß gegeben hat. In der Tat ist die erstere in vielen Häusern derartig lästig, und zwar während des ganzen Jahres, daß Abhilfe dringend geboten erscheint. Leider ist die Erkenntnis, daß zu ihrer Beseitigung schon jeder einzelne sehr viel selber tun kann, noch sehr wenig verbreitet. Übrigens steht zu hoffen und ist dankbar zu begrüßen, daß auch das Gouvernement und die Lokalbehörde dem beregten Mißstand ihre Aufmerksamkeit und tätige Fürsorge in vermehrtem Maße zuwenden werden, wenn auch für sie die Beseitigung der Anopheles-Brutstätten — über die in dem anliegenden Sonderbericht das Nötigste gesagt ist — das nächste Ziel sein muß.

Aus Tanga wird berichtet, daß es dort an Anopheles in der Stadt zu keiner Zeit fehle. Auf dem Hospitalgrundstück seien solche während der Monate Dezember bis März überhaupt nicht zu finden gewesen. In Bukoba kommen Moskitos auf der Station nicht vor.

Über den Stand der Malaria unter den Eingeborenen enthalten die Berichte wenig Neues. In Iringa hat Oberarzt Neubert unter 39 Kindern im Alter von ½ bis zu 3½ Jahren bei je einem Tertiana und Quartana festgestellt, ein Befund, der insofern auffällig ist, als der Ort für vollkommen moskitofrei gilt.

Die Malaria unter den Eingeborenen in Daressalam und den derzeitigen Stand der Malariabekämpfung daselbst behandelt der folgende Sonderbericht.

Bericht
über
die Bekämpfung der Malaria unter den Eingeborenen und Farbigen in Daressalam vom September 1904 bis März 1905.

Die Bekämpfung der Malaria in Daressalam wurde im September 1904 nach Auflösung der dem gleichen Zwecke dienenden Sonderexpedition vom Kaiserlichen Gouvernement übernommen. Die Oberleitung liegt seitdem in den Händen des Oberstabsarztes der Schutztruppe, die Leitung des inneren Dienstes hat der Berichterstatter im Februar 1905 übernommen. In der Organisation sind im übrigen wesentliche Änderungen nicht getroffen worden.

Um das Verständnis der späteren Ausführungen zu erleichtern, sei es gestattet, kurz auf die örtlichen Verhältnisse einzugehen, soweit sie für die Malariabekämpfung von Wichtigkeit sind. Ich folge dabei zum Teil dem Bericht des Leiters der früheren Malariaexpedition, Stabsarztes Professor Ollwig, aus dem Jahre 1903.

Die Bauweise der Stadt Daressalam ist keine einheitliche. An die eigentliche geschlossene Stadt schließt sich, nur am Hafen mit ihr durch eine Reihe einzelstehender Häuser in Verbindung stehend, nördlich ein Villenviertel an, das im wesentlichen von Europäern bewohnt wird, in dem aber auch noch eine ganze Anzahl von Negern ihre Wohnstätte haben. Alles in allem dürfte die Zahl der letzteren mit 250 nicht zu hoch bemessen sein, worunter etwa ⅔ Kinder sich befinden. Den Hauptanteil daran trägt die Schule mit etwa 120 Zöglingen; die übrigen verteilen sich auf die evangelische Mission, das Gouverneurhaus, das sogenannte Kulturgebäude, das Krankenhaus und den Versuchsstall. Dazu kommt noch die Handwerkerschule, deren Arbeiter und Zöglinge sich allerdings nur tagsüber in diesem Viertel aufhalten. Für die Malariabekämpfung ist dieser Umstand von einschneidender Bedeutung, die noch erhöht wird dadurch, daß während und nach der Regenzeit in der unmittelbaren Nachbarschaft dieses Stadtteils — in der ausgedehnten halbringförmigen flachen Mulde, die nördlich vom Krankenhause beginnt und zwischen Kulturgarten und eigentlicher Stadt einschneidet —

zahllose Anopheles ihre Entwicklung finden. Die eigentliche Stadt nimmt eine Fläche ein, von der etwa 1/5 mit Steinhäusern bebaut ist, während die übrigen 4/5 die Lehmhütten der Eingeborenen tragen. Für die Zwecke der Malariabekämpfung ist durch die frühere Malariaexpedition eine Einteilung in 22 Blocks vorgenommen worden, deren Begrenzungslinien den großen Straßenzügen folgen. Diese Blocks lassen sich in mehrere Gruppen zusammenfassen, je nach der Zusammensetzung ihrer Bevölkerung.

Anlage IX, s. S. 88/89.

A. Der Stadtteil mit größtenteils europäischer Einwohnerschaft □ liegt unmittelbar am Hafen, reicht von der Askarikaserne bis zur evangelischen Kirche und wird im Nordwesten von der Akazienstraße begrenzt. In ihm liegen die Askarikaserne mit etwa 500 Insassen, das Farbigenhospital mit einer durchschnittlichen Belegungsziffer von 100 Menschen, die Boma mit etwa 200 schwarzen Gefangenen, die katholische Mission mit etwa 50 Zöglingen und das Haus des Exsultans von Zanzibar mit einer schwer kontrollierbaren Bewohnerzahl. An der Nordwestgrenze dieses Stadtteils wohnen außerdem eine Menge asiatischer Elemente, hauptsächlich Goanesen.

B. ||||| Es schließt sich an die Zone mit überwiegend indischer Bevölkerung, die nordwestlich bis zur Markt- und Wissmannstraße reicht. Die Häuser sind Steinbauten mit wenig Licht und Luft, die eine Unzahl winkliger Höfe umschließen.

C. ▨ Im Südwesten wird dieses Viertel flankiert durch Häuserkomplexe, die sich zu beiden Seiten der Araber- und Pugustraße hinziehen und hier in den Stadtteil Geresani übergehen. Die Bewohner waren bis vor kurzem fast nur Asiaten und Neger — abgesehen von den fünf am Geresanikreek gelegenen Europäerwohnhäusern. Erst neuerdings haben sich hier Griechen, Italiener usw. niedergelassen, die aus Anlaß des Bahnbaues Daressalam—Morogoro zugewandert sind. Ein kleinerer Block mit gemischt asiatisch-afrikanischer Bevölkerung begrenzt den Stadtteil B im Nordosten.

D. ≡ Nordwestlich folgt wieder ein Gürtel mit überwiegender Negerbevölkerung. Den Mittelpunkt desselben bildet der belebte Marktplatz, seine periphere Grenze wird durch die Sultan- und Ringstraße dargestellt. Nur in der Marktstraße und in der Umgebung des Marktplatzes finden sich Steinbauten, von Indern bewohnt. Alles übrige bildet ein Gewirr von Lehmhütten, die zwischen sich mehr oder weniger unreinliche Höfe freilassen.

E. ⫽ Es folgen die peripheren Stadtteile, ein regelloses Durcheinander von Höfen mit reiner Negerbevölkerung. Sie bilden für die europäischen Einwohner insofern eine Gefahr, als sich in ihnen die Wohnstätten einer großen Anzahl von Europäerboys befinden, die hier fortgesetzt Infektionen ausgesetzt sind. Denn gerade hier ist die Auffindung und Behandlung der Malariakranken mit besonderen Schwierigkeiten verknüpft, da die Bevölkerung teils von außen her immer neuen Zuzug erhält, teils innerhalb des Stadtweichbildes hin und her wandert, was übrigens mehr oder weniger auch für die Stadtteile C. und D. zutrifft.

Die verschiedenen Stadtteile zeigen, wie unten ersichtlich sein wird, nicht unerhebliche Differenzen in der Morbidität. Bedingt sind hier dieselben durch die verschiedene Rasse und Lebensweise ihrer Bewohner, durch die Unterschiede in der Bebauungsart, durch die verschieden starke Zuwanderung von außen her und endlich durch die Verteilung der Anopheles.

Die letzteren finden ihre Brutstätten während der Trockenzeit wohl nur an dem Kreek bei Geresani, vielleicht noch in einzelnen an der nördlichen Peripherie gelegenen Tümpeln und Wasserlöchern. Dementsprechend haben die angrenzenden Stadtteile dauernd eine verhältnismäßig große Anzahl Malariakranker unter der seßhaften Bevölkerung. In das Innere der Stadt gelangen während der heißen Zeit nur wenige Anopheles hinein, diese allerdings zum großen Teil wohl infiziert, da sie ja die Stadtteile mit großer Malariaziffer erst passieren müssen.

Die Villenstadt enthält vereinzelte Anopheles während der Trockenzeit nur von der jenseits des Hafens gelegenen Halbinsel, wo sie in der Nähe des Artilleriedepots stets in Menge zu finden sind.

Mit der Regenzeit ändert sich das Bild. Die Anopheles, welche die Trockenzeit überstanden haben, finden reichlich Brutplätze in den Gräben, welche die oben erwähnte Bodensenkung entwässern sollen. Es werden zu dieser Zeit die angrenzenden Stadtteile geradezu von Anopheles überschwemmt, und sobald die Regenzeit nur einigermaßen ungünstig verläuft, bilden sich in der ganzen Stadt Pfützen und Rinnsale, die den Anopheles eine Weiterentwicklung ermöglichen. Im Berichtsjahre war dies infolge einer ungewöhnlich starken und langandauernden Regenperiode in besonderem Maße der Fall. Die Anopheleslarven sollen schließlich in jedem Graben, in jeder Pfütze, die erwachsenen In-

sekten in jedem Hause zu finden gewesen sein. Die Folge war, daß auch die Zahl der Malariakranken beträchtlich zunahm, wiewohl ein Teil der Europäer sich noch durch prophylaktischen Chiningebrauch schützte.

Es war damit die Grundlage, auf der das Gouvernement weiterbauen sollte, keineswegs mehr so günstig wie noch ein Jahr zuvor. Sie gestaltete sich noch ungünstiger dadurch, daß auch in der Bevölkerungszahl und -Zusammensetzung wesentliche Änderungen eintraten. Infolge des Bahnbaues Daressalam—Morogoro fand gegen Ende des Jahres ein plötzlicher Zuzug von Personen statt, die teils bereits infiziert waren, teils vermöge ihrer Lebensgewohnheiten besonders leicht infiziert werden konnten und alsdann wegen ihres geringen hygienischen Verständnisses die Zahl der Infektionsquellen vermehren mußten.

Es kam weiter hinzu, daß mit Beginn des Jahres 1905 den Schwarzen durch Aufhebung der Polizeistunde auch während der Nacht volle Bewegungsfreiheit gegeben und damit eine Ausbreitung der Malaria begünstigt wurde.

Rechnet man dazu, daß eine Kontrolle über die eingewanderten Individuen — sofern sie polizeiliche oder rechtliche Konflikte vermeiden — amtlicherseits nicht ausgeübt wird, so ergibt sich für die Malariabekämpfung eine nicht unwesentliche Vermehrung der Schwierigkeiten, die ihren Bestrebungen ohnehin von jeher entgegenstanden.

Diesen wesentlich ungünstigeren Verhältnissen gegenüber stand ein unverändert geringes Personal, bestehend aus einer Schwester, einem europäischen Gehilfen, einem Goanesen und vier Boys. Zwar wurde der Versuch gemacht, dasselbe etwas zu entlasten, indem der größte Teil der Villenstadt einer im Hospital tätigen Schwester im Nebenamt überwiesen und der Stadtteil Geresani, die Kaserne, die Boma usw. der Kontrolle des Sewa-Hadji-Hospitals überantwortet wurde. Der Versuch hat indessen nicht den erwarteten günstigen Einfluß gehabt, da infolge mehrfachen Personenwechsels sich bald Unregelmäßigkeiten einstellten, die u. a. in einer Reihe von Neuinfektionen unter den Europäern ihren Ausdruck fanden.

Dabei war, rein numerisch betrachtet, die Kontrolle der Boys, die für die Europäer vor allem als Infektionsvermittler in Frage kommen, im allgemeinen jedenfalls keine geringere als früher — während der Berichtszeit wurden allein bei Personen dieser

Kategorie 1600 Blutuntersuchungen gemacht. Bedauerlicherweise wird aber die Behandlung der Malariakranken unter ihnen nicht selten ungemein erschwert und besonders natürlich dann, wenn die Europäer selbst den Bestrebungen der Malariabekämpfung völlig passiv oder gar feindlich gegenüberstehen. Es kommt hinzu, daß in die Wohnungen der Europäer ebenso wie in die benachbarten Eingeborenenhütten eine Menge von Personen Eingang finden, die jeder Kontrolle sich entziehen, weil ihr Aufenthalt nur Stunden oder Tage währt. Nicht ohne Einfluß ist ferner gewesen, daß aus Mangel an Personal die Chininbehandlung Malariakranker in den Europäervierteln gelegentlich Laien überlassen werden mußte, wie sich in einem Falle nachweisen ließ, nicht zum Vorteil des Ganzen. Und endlich, wenn auch alles den rechten Weg ginge, so würden Mißerfolge doch nicht ausbleiben, weil es immer noch zuviel Europäer gibt, denen die Sorge und das Verständnis für das allgemeine Beste abgeht.

Die beiliegenden Tabellen geben eine Übersicht über die Untersuchungsergebnisse bei den Kindern der verschiedenen Stadtteile. Bekanntermaßen ist zuerst von Koch darauf hingewiesen worden, daß in Malariagegenden die Krankheit unter den Kindern der Eingeborenen ungemein verbreitet ist und erst mit zunehmendem Alter abnimmt. Die Untersuchung der Kinder gibt also am schnellsten einen Überblick über den Stand der Malaria an irgend einem Orte. Zum Verständnis der graphischen Darstellungen sei vorausgeschickt, daß die wagerechten Linien die Zahl der Untersuchten angeben, während die senkrechten Felder die Monate bedeuten, in denen die Untersuchung vorgenommen wurde. ■ ist die Zahl der Kinder, bei denen Malariaparasiten gefunden wurden, ▩ die Zahl derer ohne solche, ▤ ist die Zahl der zugezogenen Malariakranken, ▨ die der zugewanderten Gesunden, wobei nicht berücksichtigt ist, ob sie aus anderen Stadtteilen oder von außen her kamen. Die Summe aller gibt die Gesamtzahl der untersuchten Kinder. Bemerkt sei noch, daß alle Kinder mit Milzschwellungen, soweit eine Blutuntersuchung nicht gemacht worden ist, sowie alle noch in der Chininkur Begriffenen nicht mitgerechet worden sind, woraus scheinbare Unstimmigkeiten sich erklären.

Anlage VIII, Tafel I—V, s. S. 84—88.

Es zeigt sich, daß überall bei Beginn der Untersuchungen die relative Krankheitsziffer eine recht hohe ist, ein Beweis für den Einfluß der vorausgegangenen starken Regenzeit. Im einzelnen

ist in den Blocks des Stadtteils B mit seiner seßhaften Inderbevölkerung durchweg ein kontinuierliches Absinken der Krankenziffer festzustellen, auch da, wo die Gesamtzahl der Untersuchten sich vermehrt hat. Eine Ausnahme macht allein Block XIII, wo die Zahl der Kranken zugenommen hat. Ich glaube, daß die Ursache dafür in der dort gelegenen Indermoschee zu suchen ist, in der die Gläubigen gerade in den Abendstunden aus der ganzen Stadt zusammenkommen.

In dem Stadtteil, der die Blocks XIV bis XVI, XIX, XII und XI umfaßt, ist die Einwohnerschaft bereits weniger seßhaft. Einem Abfluß, der sich in mäßigen Grenzen hält, steht ein erheblicher Zuzug gegenüber. Dementsprechend wächst die Krankenzahl, aber den Hauptanteil haben daran die Eingewanderten (Neger), die meist schon vorher infiziert sind, wie ein Vergleich mit Tafel IVb lehrt, wo die Krankenziffern unter den Kindern einiger Ortschaften an der großen Karawanenstraße eingezeichnet sind (der Befund stammt aus dem Januar 1904).

Unter den Bezirken mit gemischter Bevölkerung ist das Ergebnis in Block IV sehr günstig, da der einzige bei der zweiten Untersuchung gefundene Malariafall ein zugezogenes Kind betraf. In Block XVII und XVIII ist wenigstens erreicht worden, daß trotz sehr erheblichen Zuflusses, durch den die Zahl der Kinder sich im Verlauf von sechs Monaten fast verdoppelte, die absolute Krankenzahl auf derselben Höhe blieb. Die letztgenannten Blocks liegen dabei noch insofern besonders ungünstig, als sie — wie bereits oben erwähnt — auch während der Trockenheit vom Geresanikreek her Anopheles erhalten.

Auch in der Peripherie liegen die Verhältnisse keineswegs ungünstig, obgleich auch hier die Fluktuation der Bevölkerung eine beträchtliche ist. Überall ist die Zahl der Parasitenträger gesunken, und da, wo sie um ein geringes angewachsen ist (Block XXII), kommt dies auf Rechnung der Neuankömmlinge.

Als Beispiel für den Stand der Malaria unter den erwachsenen Negern möge die Tabelle über die Europäerboys dienen, die weiterer Erläuterung nicht bedarf. Bei der Fülle des Materials will ich nicht auch für die übrigen Erwachsenen (Goanesen, Inder, Araber) Krankenübersichten geben. Es möge die Angabe genügen, daß die Gesamtsumme der Untersuchten in der Berichtszeit etwa 8000 betragen hat, wovon etwa 10% in Chininbehandlung genommen wurden.

Alles in allem ist aus dem Mitgeteilten zu ersehen, daß die Krankheitsziffer der farbigen Bevölkerung, nachdem sie infolge der kurz skizzierten äußeren Verhältnisse zunächst angestiegen war, im Laufe der Berichtszeit wieder eine nicht unwesentliche Verminderung erfahren hat, und daß die letztere eine viel beträchtlichere sein würde, wenn es gelänge, die große Zahl der ständig zuwandernden Malariakranken unschädlich zu machen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist meines Erachtens eine Vermehrung des ständigen Personals der Malariabekämpfung unbedingtes Erfordernis, umsomehr, als eine wirksame Bekämpfung der Anopheles — man vergleiche die Berichte des Stabsarztes Professor Ollwig — mit den vorhandenen Mitteln nur allmählich durchgeführt werden kann. Daß eine solche früher oder später in Angriff genommen werden muß, wenn man überhaupt einen einigermaßen stabilen Zustand erreichen will, liegt außer allem Zweifel. Das Kaiserliche Gouvernement hat sich dieser Erkenntnis nicht verschlossen, und es soll im kommenden Jahre mit der Zuschüttung des Geresanikreeks und der Beseitigung der oben erwähnten Entwässerungsgräben begonnen werden. Sicher wird insbesondere die letzterwähnte Maßnahme auf den Gesundheitszustand der nächstgelegenen Stadtteile von günstigem Einfluß sein. Vor Überschätzung sei aber gewarnt; denn daß mit diesen Bodensanierungen irgend ein Stadtteil anophelesfrei gemacht werden könnte, ist kaum zu denken.

Und solange das nicht erreicht wird, solange wird durch fortwährende Einschleppung die Malaria unter den Eingeborenen immer neue Nahrung erhalten. Auch unter Europäern werden selbst zu günstiger Jahreszeit immer noch Neuinfektionen vorkommen, wenn nicht gleichzeitig dafür Sorge getragen wird, daß aus den Europäervierteln die Farbigen verbannt werden. Auch dies ist nur teilweise durchführbar. Sehr viel würde aber schon erreicht werden, wenn die Wohnhäuser der Neger aus den Europäerstadtteilen entfernt würden.

Schwarzwasserfieber.

73 Fälle von Schwarzwasserfieber kamen im Berichtsjahre im Schutzgebiet in Behandlung. Fünf davon betrafen europäische Schutztruppenangehörige, 58 europäische Zivilpersonen und zehn Farbige, d. h. Goanesen und Inder.

Von der ersten Kategorie starb einer, bei der zweiten und dritten betrug die Zahl der Todesfälle 7 bzw. 1. Die meisten Er-

krankungen kamen im zweiten und dritten Vierteljahr vor. Unter der europäischen Zivilbevölkerung hat sich die Krankheitsziffer gegen das Vorjahr fast verdoppelt, bei den Militärpersonen um die Hälfte verringert. Über die örtliche und zeitliche Verteilung gibt im übrigen die Anlage X Auskunft. Danach weist die größte Zahl von Erkrankungen Tanga auf mit 25 Fällen, ihm am nächsten steht Daressalam mit 15, es folgen Mohoro und Muansa mit acht bzw. fünf Erkrankungen.

Anlage X, s. S. 89.

Auf 154 Malariafälle unter Europäern kamen in Tanga 23 von Schwarzwasserfieber = 14,9%, in Daressalam auf 188 nur 13 = 7,9%, in Muansa auf 43 5 = 12%.

In allen Fällen, über die nähere Angaben gemacht worden sind, war Malaria voraufgegangen und Chinin die auslösende Ursache. Einer der Kranken reagierte schon auf 0,05 Gramm des Medikaments mit Hämoglobinurie, bei den anderen war diese erst nach größeren Dosen(bis zu 1,0 Gramm) aufgetreten. Im Krankenhause zu Daressalam wurden in 9 von 17 Fällen — meist erst nach Ablauf des eigentlichen Anfalls — Tropicaparasiten, einmal Quartanformen gefunden. In Tanga gelang der Nachweis von Parasiten in einem Falle.

Die Dauer des Tropenaufenthaltes der Erkrankten schwankte von drei Monaten bis zu neun Jahren, bei den meisten war sie länger als ein Jahr.

Die Dauer der Anfälle wird vom Krankenhause Daressalam auf 2 bis 60 Stunden angegeben. In Tanga ist in einzelnen Fällen beobachtet worden, daß die Hämoglobinurie auf eine einzige Urinentleerung beschränkt war. In einem Falle war der Urin bereits 18 Stunden lang völlig klar und frei von Blutfarbstoff und Eiweiß gewesen, als plötzlich, ohne erkennbare Ursache, eine neue Attacke auftrat, der der Kranke erlag.

Als Todesursache wird dreimal Anurie und ebenso oft Herzschwäche angegeben.

Die Dauer der tödlich endenden Anurie betrug in Daressalam bei zwei Kranken 13 Tage, in Tanga bei einem acht Tage.

Die Behandlung der eigentlichen Anfälle war im Krankenhause Daressalam im wesentlichen auf Beseitigung des Erbrechens und der Herzschwäche gerichtet, abgesehen davon, daß durch reichliche Getränkezufuhr für Hebung der Schweiß- und Nierensekretion gesorgt wurde. In Tanga wurde zunächst Kalomel, Karlsbader Salz oder ein Klystier verabfolgt und reichlich Ge-

tränke gegeben. Durch Einpackungen wurde eine Verbesserung der Hautsekretion, durch Herzmittel und Diuretica eine solche der Herz- und Nierentätigkeit angestrebt. Gegen Erbrechen wurden Eispillen, Opium oder Morphium angewendet, bei unstillbarem Erbrechen physiologische Kochsalzlösung als Klysma oder Subkutaninfusion gegeben (Stabsarzt Brückner).

Über Nachbehandlung des Schwarzwasserfiebers mit Chinin berichtet Stabsarzt Exner (Daressalam) Genaueres:

„Bei den Kranken, welche den Anfall überstanden hatten, wurde eine Chiningewöhnungskur eingeleitet. Es wurde gewöhnlich mit intramuskulären Injektionen von 0,1 Gramm Chinin bimur. begonnen und unter stetiger Kontrolle des Urins auf Eiweiß die Dosis allmählich bis auf 0,5 Gramm gesteigert. In zwei Fällen wurde mit 0,05 Gramm begonnen, einmal mit 0,02 Gramm. Während der Gewöhnungskur trat bei drei Kranken eine neue Hämoglobinurie auf. In einem Falle, in demselben, in welchem Quartanparasiten nachgewiesen waren, löste schon 0,05 Gramm den Anfall aus. Es wurde dann Methylenblau bis zu viermal 0,05 Gramm gegeben und gut vertragen, doch verschwanden die Quartanparasiten nicht aus dem Blut, obwohl sich der Zustand des Kranken gebessert hatte. Er wurde nach 16tägiger Behandlung auf seinen Wunsch entlassen.

Bei einem Kranken wurde von der Injektion 0,5 Gramm zu dreimal 0,2 Gramm innerlich übergegangen und diese Dosis gut vertragen. Bei dreimal 0,25 Gramm trat noch eine leichte Hämoglobinurie auf. Es wurde dann bei Injektionen von 0,5 Gramm geblieben."

Weitere Nachkuren mit Chinin werden von Oberarzt Dr. Grothusen bei einem Inder (Banianen) und von Oberarzt Dr. Leupold bei einem Europäer mitgeteilt. Im ersteren Falle gelang es, in kurzer Zeit bis auf 0,3 Gramm intramuskulär zu steigen, im anderen Falle konnte der Kranke binnen kurzem auf 1,0 Gramm pro Dosis gebracht werden.

Im allgemeinen scheint die Gewöhnung der Schwarzwasserfieberkranken an Chinin, die in Daressalam seit drei Jahren prinzipiell bei jedem Falle wenigstens versucht wird, und meist mit günstigem Erfolge, auch auf den Innenstationen mehr Anhänger zu finden. Sicher ist dies mit ein Grund dafür, daß die Zahl der Schwarzwasserfieber unter den Militärpersonen sich auffällig vermindert hat.

7. Maltafieber.

Maltafieber wurde im Berichtsjahre in zwei Fällen beobachtet.

Über den ersten Fall berichtet Stabsarzt Dr. Brückner aus Tanga folgendermaßen:

„Der einzige Zugang betraf einen Deutschen, einen Maurerpolier, der sich zum zweitenmal in der Kolonie aufhielt. Aus der Vorgeschichte war bemerkenswert, daß er schon während seines ersten Aufenthalts 30 Tage lang in Muansa an einer ähnlichen Krankheit mit täglichem Fieber gelitten haben wollte; Malaria oder Rückfallfieber sei es nicht gewesen, habe der Arzt damals gesagt. Über die Herkunft der jetzigen Erkrankung war nichts zu ermitteln. Der Mann ist mäßiger Alkoholiker.

Der Fall machte zuerst diagnostische Schwierigkeiten. Bei zunächst gutem Allgemeinbefinden begann täglich die Körpertemperatur, nachdem sie morgens normal gewesen, um die Mittagszeit zu steigen, bis sie abends zwischen 6 und 8 Uhr das Maximum erreicht hatte; dann fiel sie die Nacht hindurch wieder bis zur Norm. Im peripheren Blute waren, auch nach Milzduschen und Karlsbadersalz weder Spirillen noch Malariaparasiten, nur etwas Polychromatophilie zu finden. Chinin blieb ganz wirkungslos. Alle Organe waren gesund, und ihre Funktion regelrecht, nur die Milz überragte den linken Rippenbogen in der Mammillarlinie um 2 bis 3 cm. Da im weiteren Verlauf der Kranke hin und wieder angab, bei stärkerem Fingerdruck Schmerzempfindungen in der Lebergegend zu haben, dachte ich an einen sich schleichend entwickelnden Leberabszeß. Allerdings war niemals eine Vergrößerung der Leber nachzuweisen. Diese Schmerzpunkte verschwanden aber wieder, um an anderer Stelle des Unterleibes aufzutreten und auch dort wieder ohne Folgen zu verschwinden. Einmal klagte der Kranke einen Tag lang über rheumatisches Ziehen an der Vorderseite des linken Unterschenkels vom Fußgelenk bis zum Knie. Abgesehen davon, daß der Kranke durch die täglichen Fieberanfälle geschwächt wurde, an Gewicht und Appetit verlor, und daß der Hämoglobingehalt seines Blutes auf 73 % fiel, traten keinerlei weitere Erscheinungen auf, die imstande gewesen wären, das Krankheitsbild völlig zu klären. Erst der eigentümliche, wellenförmige Verlauf des Fiebers, von dem die beifolgende Tabelle eine Anschauung gewährt, ließ die Vermutung auf Maltafieber gerechtfertigt erscheinen. Als der Kranke ins Krankenhaus kam, hatte er bereits fünf Tage gefiebert; danach würde die erste, sehr langsam abklingende Fieberperiode auf etwa 23 Tage zu veranschlagen sein. Darauf folgen zwei nahezu fieberfreie Tage, dann steigt die Temperatur ziemlich schnell wieder an zur zweiten Fieberperiode, die diesmal nur neun Tage dauert. Wie der Anstieg, so erfolgt auch der Abfall der Temperatur, der jetzt die zweite fieberfreie Periode einleitet, schneller als vorhin. Nunmehr bleibt die Körperwärme normal, und der Fall endet nach 39tägiger Behandlung mit Genesung. Der Erreger der Krankheit, der Micrococcus Melitensis, wurde nicht gefunden. Bisher st kein Rückfall eingetreten.“

Anlage XI, s. S. 90.

Über einen zweiten Fall berichtet Stabsarzt Dr. Exner (Daressalam):

„Ein seit neun Jahren in Deutsch-Ostafrika tätiger Feldwebel, welcher öfters Malariafieber und auch Schwarzwasserfieber gehabt hatte, erkrankte plötzlich mit Frostgefühl, Fieber und ziehenden Schmerzen in beiden Schultergelenken und im Nacken. Nach jeder Nahrungsauf-

nahme stellte sich Brechreiz ein. Das Fieber stieg gegen Abend, und zwar bis 39,8 Grad und fiel unter Schweißausbruch in der Nacht stets ab, um am Nachmittag wieder anzusteigen. Nach mehreren Tagen sehr hoher abendlicher Temperatursteigerung folgten mehrere, bei denen die Körperwärme abends nur bis 38,0 Grad oder wenig darüber anstieg. Dann kamen wieder mehrere Tage nacheinander hohe Steigerungen bis 39,0 Grad und darüber.

Natron salicylicum hatte keinen nennenswerten Einfluß. Im Verlauf wurde der Puls bei dem sonst kräftigen Manne leicht unregelmäßig und beschleunigt, so daß zu Strophantus und Digitalis gegriffen werden mußte. Im übrigen wurde Arsenik verordnet.

Die abendlichen Temperatursteigerungen wurden allmählich geringer, die Schmerzen verloren sich. Nach 38tägiger Behandlung wurde der Kranke dienstfähig entlassen."

8. Denguefieber.

Bekannt wurden zwei Fälle von Denguefieber, welche beide Europäer betrafen.

Ein Fall in Tanga konnte nicht während des ganzen Krankheitsverlaufes beobachtet werden.

Über den zweiten Fall im Gouvernementskrankenhause Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner:

„Ein seit fünf Monaten in Deutsch-Ostafrika weilender Beamter erkrankte plötzlich mit Fieber, Hals- und Kopfschmerzen. Am zweiten Krankheitstage trat ein Hautausschlag auf, der an Brust und Rücken begann und sich dann über den ganzen Körper verbreitete.

Bei Aufnahme am vierten Krankheitstage waren die Mandeln leicht gerötet, die Temperatur 37,8 Grad, der Körper bedeckt mit einem blaßroten, kleinfleckigen Ausschlag, dessen Röte zu- und abnahm.

Malariaparasiten waren im Blute nicht nachweisbar.

Im Verlauf trat Durchfall auf. Am 6. Krankheitstage überzog der Ausschlag den ganzen Körper mit krebsroter Farbe, das Fieber stieg bis 39,0 Grad. An den folgenden Tagen flammte das Exanthem noch morgens am Rumpf auf. Die Krankheitserscheinungen schwanden allmählich. Am zehnten Krankheitstage wurde der Kranke geheilt entlassen."

9. Tuberkulose.

Bei der im Schutzgebiet glücklicherweise immer noch großen Seltenheit der Erkrankungen an Tuberkulose erscheint die Häufung von vier schweren Fällen bemerkenswert, über die Oberarzt Dr. Neubert (Iringa) berichtet:

„Zuerst erkrankte ein Ruga-Ruga an Lungentuberkulose und starb nach etwa achtwöchiger Krankheit.

Bald darauf kam ein Mädchen von etwa zehn Jahren, Kind eines Askari, wegen Fieber und Drüsenschwellungen am Halse in Behandlung;

die Untersuchung des vereiterten Lymphdrüseninhalts ergab das Vorhandensein von Tuberkelbazillen. Das Kind starb nach etwa sieben Wochen. Die Sektion ergab miliare Knötchen, besonders zahlreich in der Milz.

Kurz darauf erkrankte ein Bruder des Mädchens, etwa sechs Jahre alt, unter den gleichen Erscheinungen und starb ebenfalls. Auch bei ihm konnte Miliartuberkulose nachgewiesen werden.

Jetzt liegt ein Askari krank, der nachweislich mit den beiden verstorbenen Kindern sich viel beschäftigt hat. Trotzdem bei ihm bislang noch keine Bazillen nachgewiesen werden konnten, weist der ganze übrige Befund auf Lungentuberkulose hin."

10. Dysenterie.

Die Dysenterie ist nirgends epidemisch aufgetreten. Die Summe der Erkrankungen ist nicht größer geworden, wenn man die Zunahme der Bevölkerungsziffer und des Verkehrs in Betracht zieht.

In Tanga entwickelte sich bei einem Europäer nach längerer Behandlung an Dysenterie ein Leberabszeß, der nicht mehr operiert werden konnte, da der Patient durch die vorhergegangene Erkrankung zu sehr geschwächt war. Der Fall verlief tödlich.

Ein Sanitätsoffizier, der sich in Moschi bei der Behandlung ruhrkranker Eingeborener infiziert hatte, mußte nach mehrmonatigem Kranksein in das Krankenhaus Tanga aufgenommen werden. Da die Besserung hier sich nur sehr langsam vollzog, wurde er als tropendienstunfähig in die Heimat gesandt.

Ungünstige Ausgänge bei Farbigen waren in einer Reihe von Fällen zurückzuführen auf die Komplikation mit Ankylostomiasis.

Oberarzt Dr. Breuer (Mpapua) gelang es, in allen seinen Fällen die Amoeba hystolytica nachzuweisen.

11. Wundstarrkrampf.

Die Krankheit kam nur zweimal zur Beobachtung, in Daressalam und in Tabora. Beide Fälle endeten tödlich am achten bzw. zwölften Krankheitstage. Bei dem Daressalamer Fall, einem Knaben, der erst am dritten Krankheitstage zuging, bestand starker Opisthotonus, geringer Trismus. Die Antitoxinbehandlung konnte aus äußeren Gründen nicht lange genug durchgeführt werden. In Tabora beobachtete Stabsarzt Dr. Grothusen, daß „eigentlich nur dauernd der Trismus deutlich ausgeprägt war, während nur im Anfange leichte Spannungen und Krämpfe in der Rücken- und Beinmuskulatur nachweisbar waren".

12. Pest.

Auch in diesem Jahre gelang es, die Einschleppung der Pest auf dem Seewege zu verhindern; auch sind weder aus dem alten Pestherd Kisiba im Bezirk Bukoba noch aus dem Bezirk Mpapua Erkrankungsfälle mitgeteilt worden.

Über das Verhalten der Pest im Bezirk der Militärstation Iringa berichtet Oberarzt Dr. Greisert folgendes:

„Während der Trockenzeit Mai bis September 1904 trat in auffälliger Weise eine Pause in den Pesterkrankungen ein. Nur in Ubena in der Gegend von Ilembula kamen im Juli 1904 vier Fälle zur Beobachtung.

In der Zeit vom 27. September bis 10. Oktober 1904 starben in der Nähe von Tosamaganga fünf Eingeborene an Pest, davon vier an Lungenpest.

Aus Ilembula wurden ferner drei Pestfälle durch die Mission daselbst gemeldet; diese seien dort im November und Dezember 1904 aufgetreten.

Weitere Pesterkrankungen kamen nicht vor. Dabei ist als sicher anzunehmen, daß alle im Bezirk vorgekommenen Pestfälle seit etwa zehn Monaten zur Kenntnis der Station kommen.

Sonach ist ein erheblicher Rückgang in der Zahl der Pesterkrankungen zu verzeichnen, sowohl gegen das Vorjahr als auch — nach Ansicht der hier angesessenen Wahehe — gegen frühere Jahre. Dies ist wohl im wesentlichen dem Umstand zu danken, daß in den einst stark verseuchten Gebietsteilen die Rattenvertilgung mit ziemlicher Gründlichkeit vorgenommen und noch fortgesetzt wird.

Auch sind bereits 1500 Personen, darunter drei deutsche Militärpersonen, gegen Pest geimpft."

Des weiteren berichtet derselbe über zwei Fälle von Bubonenpest auf der Station selbst.

13. Schlafkrankheit (Trypanosomiasis).

In diesem Berichtsjahre hat der Stationsarzt von Bukoba, Stabsarzt Dr. Feldmann, auch im deutschen Gebiet einen Herd der Schlafkrankheit durch Auffindung der Glossina palpalis bzw. des Trypanosoma ugandense nachgewiesen, und zwar auf der Insel Kome im Victoriasee. Da an den Ufern des Sees sich jedoch auch in diesem Jahre die Glossina nicht gezeigt hat, so scheint eine Gefahr der Weiterverbreitung nicht unmittelbar zu drohen. Der vorgenannte Sanitätsoffizier berichtet über seine diesjährigen Feststellungen wie folgt:

„Am 1. April 1904 waren drei Fälle von Trypanosomiasis im Bestand geblieben. Im Laufe des Berichtsjahres kamen weitere 33 Fälle in Zugang, von denen bisher 28 tödlich endeten.

Acht Fälle von Trypanosomiasis bleiben am Schlusse des Berichtsjahres im Bestand.

In diese Zahl ist die Erkrankung des Betschausch Saidi mit einberechnet, der sich wahrscheinlich vor drei Jahren gelegentlich seiner Kommandierung zur Küste im englischen Gebiet infiziert hat.

Nach den biologischen Untersuchungen von Wurtz und der nach dem Kongo entsandten Expedition der Liverpool-School of Tropical Medicine, Dutton, Todd und Christy, über die Identität des Trypanosoma gambiense und des Trypanosoma ugandense kann von zwei verschiedenen Krankheiten — Trypanosomafieber und Schlafkrankheit — nicht mehr gesprochen werden.

Gemäß diesem Standpunkt der wissenschaftlichen Erkenntnis habe ich die Bezeichnung „Schlafkrankheit", die auch sonst eine wenig passende ist, ganz fallen lassen und werde in Rapporten und Berichten als Benennung der durch Trypanosomainfektion beim Menschen hervorgerufenen Krankheit das Wort „Trypanosomiasis" anwenden.

Die Frage nach der Verbreitung und Bedeutung der Trypanosomainfektion bei der eingeborenen Bevölkerung habe ich, angeregt durch den oben zitierten Krankheitsfall, der damals noch eine zweifache Deutung zuließ, auf meiner Reise durch den zweiten Impfbezirk näher untersucht.

Ich habe auf dieser Reise 500 Eingeborene jeden Alters und Geschlechts auf die Anwesenheit von Trypanosomen untersucht, mit dem Resultat, daß ich nur bei drei Wasiba, die mehrfach in den infizierten Gebieten des benachbarten englischen Protektorates gewesen waren, Trypanosomen nachweisen konnte. Diese Leute schienen damals völlig gesund zu sein, befanden sich aber trotzdem im Inkubations- bzw. Initialstadium der Trypanosomiasis, eine Tatsache, die dadurch befestigt wird, daß inzwischen der eine dieser Leute mit allen Zeichen einer echten Trypanosomiasis im hiesigen Lazarett Aufnahme gefunden hat.

Bei keinem der übrigen 497 Eingeborenen konnten Trypanosomen gefunden werden.

Es wird also auch durch meine Untersuchungen bestätigt, daß Trypanosomen keineswegs allgemein und überall verbreitete Parasiten der eingeborenen Bevölkerung sind, und daß die Infektion nur unter den Bedingungen zu erwerben ist, die von Bruce und seinen Mitarbeitern ermittelt worden sind.

Diese Bedingungen sind im deutschen Gebiet im Süden des Victoria-Nyanza gegeben, wo zunächst für die Insel Kome die Anwesenheit der Glossina palpalis von mir festgestellt und die Einschleppung des Trypanosoma ugandense s. gambiense wahrscheinlich gemacht wurde."

14. Lepra.

Über einen Fall, bei dem die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Lupus schwierig war, bei welchem aber der Umstand, daß am ganzen Körper Analgesie bestand, für Lepra sprach, berichtet Oberarzt Dr. Grothusen aus Tabora:

„Megissa Msumba, Kettengefangener, 25 Jahre. Er gibt an, daß seine Mutter und zwei Schwestern ebenfalls an derselben Krankheit, wie er, leiden. Er selbst ist angeblich erst seit zwei Jahren krank.

Zuerst entstanden kleine Knötchen auf dem rechten Handrücken, dann bildeten sich ähnliche Stellen am vierten Finger und in der Handfläche. Die Knötchen konfluierten und bildeten Geschwüre, die unter Narbenbildung und Volarkontraktur des vierten Fingers heilten. Etwas später erkrankte in gleicher Weise der fünfte Finger, der sich schließlich auch im mittleren und oberen Gelenk volarwärts kontrahierte. Dann wurden die zweite und dritte Zehe des linken Fußes ergriffen, bald darauf auch die linke Backe und der Rücken sowie der Penis. Vor dreiviertel Jahren entstanden schließlich auch noch Knötchen am linken Nasenflügel.

Am 14. Juli 1904 wurde er wegen eines allgemeinen akuten Ekzems in das Lazarett aufgenommen. Das Ekzem heilte unter Salbenbehandlung in kurzer Zeit mit Hinterlassung von schwarzen Pigmentflecken. Seitdem befindet der Kranke sich in Behandlung. Alle Knötcheneruptionen sind während der Zeit etwas größer und umfangreicher geworden.

Befund am 1. Februar 1905. Auf dem verdickten linken Nasenflügel befindet sich dicht am Rande eine diesen halbkreisförmig umgebende Knötcheneruption. Die Knötchen sind hirsekorngroß, von der Farbe der Haut, schuppen nur wenig und jucken nicht. An der unteren Peripherie des linken Nasenlochs befinden sich ebenfalls gleiche Knötchen, die zum Teil wund und mit Borken bedeckt sind. Getrennt von der Nasenaffektion befindet sich auf der linken Backe eine im gewundenen Halbkreis geordnete Knötcheneruption. Das Zentrum dieses Kreises ist mit einigen kleinen Schuppen bedeckt, narbig verändert. Eine ähnliche, flachhandgroße Stelle findet sich links über der elften und zwölften Rippe in der Nähe der Wirbelsäule; das Zentrum ist auch hier vernarbt, aber mit mehreren Schuppen bedeckt.

Auf der ulnaren Hälfte des rechten Handrückens befindet sich eine kartenblattgroße, sehr dünne Narbe. Der vierte und fünfte Finger stehen in fixierter Beugekontraktur beider Endgelenke an beiden Fingern. Auf den Grund- und Mittelgliedern des zweiten und dritten rechten Fingers sieht man mehrere kleinere, bis zu Talergröße große Knötcheneruptionen. Am fünften Finger befindet sich über dem Gelenk zwischen Grund- und Mittelglied ein um den ganzen Finger herumgehendes, an den Rändern narbig verheiltes, schlaffes Geschwür. In der narbigen Umgebung des Geschwürs sind keine Knötchen zu sehen. In der rechten Hohlhand sind zwei fünfmarkstückgroße, kreisförmig geordnete Knötcheneruptionen, in deren Zentrum sich eine derbe Narbe befindet. Auf dem Rücken der zweiten und dritten linken Zehe befinden sich ähnliche Knötchenbildungen wie auf den Fingern der rechten Hand. Unter diesen beiden Zehen ist eine talergroße Narbe, in deren Umgebung Knötchen sich befinden.

Im Sulcus coronarius des Penis bemerkt man eine 1 cm lange, strichförmige Narbe mit einigen Knötchen in der Umgebung.

An allen Stellen sind die Knötchen ziemlich von gleicher Größe, miliar bis etwas größer wie hirsekorngroß; ihre Farbe ist überall so wie die umgebende Haut. Die Affektion schreitet peripher fort und heilt im Zentrum ab. Sämtliche Narbenflecke und die Eruptionen sind vollkommen anästhetisch. Auch an vielen anderen Stellen des Körpers, be-

sonders am Rumpf, besteht wahrscheinlich Anästhesie, jedoch sind die Angaben des Kranken zum Teil widersprechend.

Weder im Nasenschleim, noch im Wundsekret, noch im Blut sind Leprabazillen nachweisbar.

1. März 1905. Da das Geschwür am fünften rechten Finger das Mittelgelenk eröffnet hat, werden ohne Narkose die beiden letzten Glieder vollkommen schmerzlos entfernt.

31. März. Die Amputationswunde bildet noch ein keine Neigung zur Heilung zeigendes Geschwür.

Der linke Nasenflügelrand ist durch die Knötcheneruption jetzt ausgesprochen verdickt."

Ferner beschreibt Stabsarzt Dr. Skrodzki ebenfalls aus Tabora einen Fall von Lepra:

„Der Kranke, ein etwa 50 Jahre alter Mtussi, hat als erste Zeichen seines Leidens vor sechs bis sieben Jahren helle Flecke am Brustbein und linker Schulter bemerkt. Später traten an den großen Zehen „Brandschorfe" auf, noch später ebenfalls an den Fingern und Zehen. Stärkere Schmerzen oder Parästhesien hat er nicht gehabt. Er klagt über Leibgurren und will Eingeweidewürmer haben. Seit ein bis zwei Jahren ist ihm das Sehen durch „Verdunkelung" sehr erschwert.

Die Potentia coeundi besteht angeblich noch, der impetus fehlt seit drei Jahren.

Befund: Der etwa 50jährige Mann zeigt trockene, runzlige Haut, ziemlich viele ganz unregelmäßige, teils bandartige, teils rundliche Flecken von hellbrauner Farbe in der Brustbeingegend, an beiden Schultern, an den Oberschenkeln ohne scharfe Begrenzung, ohne erhebliche Veränderung der Haut ihres Bereichs. Leichter, feiner Epidermisstaub auf den Schultern, der sich nicht abblasen läßt. Haupthaar dicht, ergraut. Augenbrauen spärlich.

Konjunktivitis, geringes Symblepharon. Katarakt. Nasenkatarrh. Mandelschleimhaut ohne Besonderheiten.

An der linken Hand spröde, rissige, trübe, braungraue Nägel, verdickt und am Daumen mißgestaltet bis bröcklig. Die Gelenke zwischen erster und zweiter Phalanx spindelförmig verdickt. Hand kann nicht geschlossen werden. Schwäche in den Armgelenken, Kontraktur der Bizepssehne.

An der rechten Hand ist nur der Zeigefinger noch völlig erhalten. Auch sein Nagel aber ist graubraun, rissig, stark verdickt. Der Daumen steht in Klauenstellung (Extension der ersten, Flexion der zweiten Phalanx).

Der Zeigefinger ist ulnarwärts gebeugt. Ebenso die Grundglieder der letzten drei Finger.

Am dritten Finger ist die zweite und dritte Phalanx völlig verschwunden; die Gelenkfläche der ersten Phalanx deckt ein derbes, verschiebliches Narbenköpfchen. Am vierten Finger fehlt die dritte Phalanx, erste und zweite sind ankylotisch. An der Ulnarseite der Narbenspitze ein unreines, zerklüftetes kleines Geschwür. Der fünfte Finger ist er-

heblich verdickt. Zweite und dritte Phalanx fast völlig ankylotisch. Dritte Phalanx stark gebeugt (Klauenstellung). Nagel verdickt, unförmlich, schwarz, bröcklig. An der Innenseite (korrespondierend mit dem vorher erwähnten) sitzt ein ebensolches Geschwür. Ein drittes nimmt die Gegend des Köpfchens des fünften Metakarpus ein.

Am Stamm nichts Bemerkenswertes. Beine schwach. Der Partellarreflex links gewöhnlich, rechts deutlich abgeschwächt. Grobe Kraft in den Muskeln nicht auffallend geringer. Der linke Unterschenkel ist unten mäßig verdickt. Zwei markstückgroße Geschwüre, mit schmutzigen Borken bedeckt, auf der Vorderfläche in die Tiefe reichend.

Am linken Fuße fehlt die große Zehe völlig. Abschluß: glatte, feste, helle Narbe. Zweite Zehe: Zehenglied verkümmert. Dritte und fünfte Zehe: Nagel schwarz, verstümmelt, bröcklig.

Rechter Fuß zeigt außer schlechten Nägeln an der großen Zehe ein kleines, schmutzig zerklüftetes Geschwür.

Vom Nasen- wie vom Wundsekret wurden je drei Präparate angefertigt (Karbolfuchsin, Entfärben, saure Methylenblaulösung). Nur einmal gelang es, und zwar in einem Präparat des Wundsekrets, Leprabazillen nachzuweisen."

15. Erkrankungen des Nervensystems.

Über zwei Fälle akuter Geistesstörung bei Europäern berichtet Stabsarzt Dr. Exner (Daressalam):

„Akute Geistesstörungen kamen zwei in Behandlung. Der eine Kranke war seit drei Jahren, der andere etwa über ein Jahr in der Kolonie. Das Lebensalter betrug 28 und 22 Jahre. Im zweiten Falle trat die Geistesstörung während eines Malariafieberanfalles auf.

Bei beiden Kranken handelte es sich um Melancholie mit Wahnideen, besonders Versündigungs- und Kleinheitsideen. Der zweite Kranke machte einen Selbstmordversuch, welcher aber vom Wartepersonal bemerkt und vereitelt wurde. Beide Kranke wurden ungeheilt nach der Heimat überführt."

Unter Eingeborenen kam in Tabora ein Fall von Epilepsie zur Behandlung. Von derselben Station berichtet Oberarzt Dr. Grothusen über einen Fall von progressiver Bulbärparalyse, kombiniert mit amyotrophischer Lateralsklerose:

„Von Nervenkrankheiten kam ein Fall von Epilepsie und ein Fall von progressiver Bulbärparalyse, kombiniert mit amyotrophischer Lateralsklerose, in Behandlung.

Ein 25jähriger Msuaheli gibt an, vor langer Zeit ein Geschwür am Penis gehabt zu haben.

Vor etwa zwei Monaten, während einer Safari von der Küste nach hier, begann die jetzige Krankheit mit einer allmählich stärker werden-

den Erschwerung des Kauens und des Sprechens. Er kann jetzt nur noch flüssige Speisen genießen. Dann begannen bald darauf die Arme schwächer und kraftlos zu werden. Seit etwa vierzehn Tagen wird ihm auch das Gehen mühsamer.

Aufnahmebefund: 5. Februar 1905. Der Kranke ist stark abgemagert; die Haut läßt sich überall in großen Falten abheben. Das Gesicht macht einen maskenartigen Eindruck. Die Wangen sind tief eingesunken, bilden unter den Jochbögen tiefe Höhlungen. Der untere Ast des Nerv. facialis ist fast völlig gelähmt, die von ihm versorgten Muskeln zeigen stark erhöhte Sehnenreflexe. Die Backen können nicht aufgeblasen werden. Die Lippen sind stark paretisch, jedoch sind keine Zeichen von Atrophie an der Lippenmuskulatur bemerkbar. Mahl- und Kaubewegungen können fast gar nicht ausgeführt werden. Das Obergesicht ist nicht gelähmt. Die Augen können prompt geöffnet und geschlossen werden, die Stirn wird ausgiebig gerunzelt. Die Augenbewegungen sind frei.

Die Zunge ist stark atrophisch, schmal und dünn; sie kann nur wenig und unbeholfen herausgestreckt werden, die anderen Bewegungen der Zunge werden nur ganz unvollkommen ausgeführt. Sobald die Zunge sich bewegt, zeigt sie sehr schnelle, fribrilläre Zuckungen.

Die Sprache ist lallend, völlig unartikuliert und unverständlich. Die Arme sind stark abgemagert. Besonders die Muskulatur der Schulter und der Streckseite der Unterarme sind stark atrophisch. Die Arme können nicht über die Horizontale gehoben werden. Streckungen der Hände sind viel weniger ausgiebig wie ihre anderen Bewegungen. Alle Bewegungen sind außerordentlich schwach und kraftlos. An den Armen sind beiderseits stark erhöhte Sehnen- und Periostreflexe.

Die Muskulatur der Beine scheint nicht besonders atrophisch. Der Gang ist jedoch leicht spastisch, paretisch und unbeholfen. Stark erhöhte Sehnenreflexe.

Die Pupillenreflexe sind regelrecht. Das Rombergsche Symptom ist negativ. Die Sensibilität ist überall normal. Die geistigen Fähigkeiten des Kranken haben nicht gelitten.

Am Penis befindet sich eine zehnpfennigstückgroße, tiefe Narbe.

Behandlung: Schmierkur. Jodkali innerlich.

17. Februar 1905. Der Kranke gibt eine leichte Besserung des Befindens an. Objektiv keine Änderung.

Er entzieht sich weiterer Behandlung, da er angeblich eine unumgängliche Reise machen muß."

Stabsarzt Dr. Skrodzki (Tabora) berichtet über einen Fall von Dementia paralytica:

„Ein 32jähriger Manyemamann litt offenbar an Dementia paralytica. Von lebhaftem Temperament und intellektuell rege und urteilsfähig, versicherte er selbst, an Anfällen von Geistesgestörtheit zu leiden. Genaues über die Art dieser Anfälle könne er nicht angeben, er vergäße alles. „Die andern" sagten ihm, er sei verrückt gewesen, und er wisse das auch und glaube ihnen vieles. Aber alles könne er ihnen nicht glauben. Daß

er einen Kübel mit Kot sich über den Kopf geschüttet, könne doch nur im Scherz behauptet werden. (Es war in der Tat geschehen.) Er wurde allgemein beherrscht von einer fixen Idee (Größenwahnvorstellungen). Während der Anfälle traten zunächst Äußerungen dieser Vorstellungen in den Vordergrund, dann folgten an sich unsinnige, aber begrifflich mit jenen Vorstellungen verbundene Handlungen; die anfangs freudige Erregung nahm zu und wuchs schließlich bis zu maniakalischen Ausbrüchen, die bis zur körperlichen Erschöpfung führten. Nach einer längeren Pause der Ruhe war der Mann scheinbar geistig gesund, doch konnten in dem einzigen Falle des Versuchs durch Berührung des Gebietes jener Wahnvorstellungen diese selbst so weit ausgelöst werden, daß es zu einer erheblichen Erregung, Schreien und Tanzen und exhibitionistischen Handlungen kam.

Die körperliche Untersuchung ergab:

1. Fehlen der Patellarreflexe und
2. große Reaktionsträgheit der auffallend engen Pupillen.

Diese beiden Symptome in Verbindung mit der Tatsache der deutlich ausgeprägten Remissionen der Psychose, wo die Exaltationen völlig fehlten und Wahnideen wenigstens nicht selbständig zum Ausdruck kamen, scheinen mir die Diagnose zu sichern."

Ob es sich bei einer anderen sehr auffälligen Nervenerkrankung um Paralysis agitans oder um Zerebralsklerose handelt, ist zur Zeit noch nicht sicher festgestellt.

„Der Kranke, ein Mann aus Ukami, nicht über zwanzig Jahre alt, ging mit Lungenkatarrh zu. Von einem Nervenleiden konnte ich nichts bemerken. Es bestand, soweit ich mich erinnere, nur mäßiges Fieber; im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand der physikalische Befund diffuser Bronchiolitis. Meinen Rat, im Lazarett zu bleiben, befolgte der kräftige Kranke nicht, wohl im Vertrauen, seine frühere Gesundheit bald ohnedies wieder zu erlangen. Wenige (drei) Tage später wurde er ins Lazarett gebracht, offenbar schwer leidend. Er war hinfällig und stöhnte. Temperaturmessung war bei der Unruhe nicht möglich; Fieber bestand scheinbar nicht. Bald erholte er sich soweit, um gehen und antworten zu können. Es entwickelte sich immer deutlicher in wenigen Tagen folgender Zustand: Dauerndes Zittern des Kopfes, das auf Anreden usw. sich verstärkte; das erschwerte Sprechen war unverständlich, die Züge starr, der Mund stets geöffnet, der Unterkiefer schlotterte. Die Schultern wurden immer mehr emporgezogen, der Kopf mäßig geneigt, die Wirbelsäule durch Muskeltonus in nach vorne flachem Bogen gehalten. Später trat Kontrakturstellung der oberen geraden Augenmuskeln auf. Hyperästhesien fehlten; doch gab die Prüfung der Sensibilität bei dem schnell stupider werdenden Kranken keine sicheren Resultate. Die Reflexe waren nicht auffällig verändert. Anfangs war „Propulsion" deutlich ausgesprochen. Der Kranke kroch die zwei zum Lazarett führenden Stufen auf allen Vieren empor. Soweit die schwer auszuführenden Temperaturmessungen gelangen, zeigte sich keine Temperaturerhöhung.

Warme Bäder, zweckmäßige Ernährung, im übrigen symptomatische Behandlung konnten nicht verhindern, daß der Zustand schnell sich verschlimmerte. Der Kranke lag ganz stumpfsinnig in passiver Lage, ohne daß sich die Muskelsteifheit verlor. Es trat unregelmäßige Veränderung des Atmungstypus ein. Auch flüssige Nahrung konnte nicht mehr geschluckt werden. Die Augäpfel waren bewegungslos frontal gedreht. Das Bewußtsein schwand, und am elften Tage (nach seinem ersten Erscheinen) starb der Kranke an Atmungslähmung.

Gegen die Diagnose Paralysis agitans spricht allerdings: das jugendliche Alter des Kranken, das plötzliche Auftreten der Schüttellähmung, das Fehlen des Händezitterns (mit Ausnahme der letzten Tage), der schnelle Verlauf und der Tod durch Respirationslähmung.

Die Autopsie ergab zunächst nur sehr starke Füllung der feinen, enzephalen Gefäße. Die Meningen waren glänzend; die Oberfläche des Gehirns von gelb-rosiger Farbe, überall von gleicher, gewöhnlicher Konsistenz. Behufs genauerer pathologischer Untersuchung des Gehirns in Deutschland wurde von einer Sektion des Organs zunächst Abstand genommen."

16. Krankheiten der Atmungsorgane

boten im Berichtsjahre im allgemeinen nichts Bemerkenswertes. Oberarzt Dr. Breuer (Mpapua) erwähnt einen Fall von Keuchhusten bei einem zweijährigen Eingeborenenkinde. Die Erkrankung begann als reine Bronchitis und ging allmählich in ein sehr ausgesprochenes Krampfstadium über. Die Heilung nahm lange Zeit in Anspruch.

17. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Krankheiten der Ernährungsorgane stellen noch immer den größten Prozentsatz unter den kranken Eingeborenen.

In Kilimatinde starben drei Waturu — ältere Leute im Gefängnis —, die sich an den mit ihrer Inhaftierung verbundenen Wechsel in der Kost (Mtama statt Uwele) nicht mehr gewöhnen konnten.

Aus Iringa berichtet Oberarzt Dr. Greisert über tropische Aphthen:

„Eine deutsche Militärperson kam in ärztliche Behandlung wegen entzündlicher Affektion der Mundschleimhaut, wegen eines Gefühls von Völle und Druck in der Magengegend, besonders nach der Mahlzeit, häufigen Unbehagens und Schmerzhaftigkeit im Abdomen. Die Anfänge des Leidens lagen mehr als eineinhalb Jahre zurück. Der Kranke diente im fünften Jahre in der Schutztruppe und hatte während seiner ersten Verpflichtung mehrmals an Malaria und Schwarzwasserfieber gelitten.

An der Schleimhaut der Zunge, der Wange und der Lippen fanden sich kleine, sehr empfindliche Bläschen, die beim Zerplatzen kleine Ex-

koriationen hinterließen. Zeitweise verursachten diese Erscheinungen so große Beschwerden, daß Essen und Sprechen nahezu unmöglich wurden. Vorübergehend trat Besserung ein, der stets wieder neue Ausbrüche folgten.

Nach der Mahlzeit trat einige Male Erbrechen auf. Die Stuhlentleerungen waren meist durchfallartig; bisweilen kam es jedoch zu Verstopfungen. Die Leber war im Beginn der ärztlichen Beobachtung (Dezember 1903) noch nicht verkleinert; in der rechten Brustwarzenlinie reichte die Leberdämpfung noch 1 cm über den rechten Rippenbogen hinaus. Im April 1904 machte sich bereits eine geringe Verkleinerung bemerkbar.

Im Verlauf der Krankheit kam es zu einer deutlichen Abmagerung und Abnahme der Kräfte und zu einer großen Empfindlichkeit gegen Temperaturen unter 20 Grad Celsius.

Die Behandlung war im wesentlichen eine diätetische: Es wurden häufig Mehl- und Schleimsuppen genossen. Bei Neigung zu Verstopfungen wurde Karlsbadersalz gereicht. Der Kranke trug eine Leibbinde und warme Kleider. Gegen die Mundaffektion wurden sehr häufige Mundspülungen mit Tinct. Myrrhae, Tinct. Rathanhiae oder Kal. permang. in Anwendung gebracht."

Oberarzt Dr. Greisert (Iringa) berichtet ferner über einen Fall katarrhalischer Gelbsucht bei einem Europäer, verbunden mit Leberschwellung und Magenerweiterung. Unter Anwendung von Trockendiät gingen alle Erscheinungen — der Ikterus hatte vier Wochen bestanden — zurück.

Über einen Fall von Leberentzündung bei einem Europäer ohne vorhergegangene Ruhr wird aus Tanga (Stabsarzt Dr. Brückner) berichtet. Unter abführender Behandlung ging die Schwellung beträchtlich zurück.

Ins Gouvernementskrankenhaus Daressalam (Stabsarzt Dr. Exner) wurde ein dreißigjähriger schwerkranker Europäer, der seit 14 Jahren im Schutzgebiet weilt, eingeliefert. Er starb unter allmählicher Abnahme der Kräfte. Die Sektion ergab Leber, Magen und Milz miteinander verlötet und drei große, sowie zahlreiche kleine Abszesse in der Leber. Eine operative Behandlung wäre bei der Multiplizität und Lage der Abszesse aussichtslos gewesen.

18. Augenkrankheiten.

In Tanga (Stabsarzt Dr. Wittrock), wo im vorigen Jahre unter den Eingeborenen eine größere Epidemie von granulösem Bindehautkatarrh beobachtet worden war, kamen noch sechs Fälle derselben Krankheit in Zugang.

Von einer Epidemie aus dem Bezirk Iringa berichtet der dortige Stationsarzt (Oberarzt Dr. Greisert):

„Von der Mission in Madibira waren vier Eingeborene mit einem schweren Augenleiden in die hiesige Poliklinik gesandt. Zugleich wurde gemeldet, daß die Zahl der Augenleidenden groß und einzelne erblindet seien. Bei den vier Augenkranken aus Madibira lag granulöse Augenbindehautentzündung vor; sie konnten erheblich gebessert zur Weiterbehandlung auf der Mission entlassen werden, der bezgl. Information und Ratschläge erteilt wurden."

Aus dem übrigen Schutzgebiet wird auch über gutartigen Bindehautkatarrh berichtet.

19. Venerische Krankheiten.

Von einer Abnahme der Geschlechtskrankheiten ist unter den Eingeborenen noch nichts zu bemerken, eher vom Gegenteil. Der Wandertrieb des Eingeborenen, unterstützt durch die Furcht und Flucht der Prostituierten vor den ärztlichen Untersuchungen, trägt immer neue Ansteckungsquellen auch in Gegenden, deren Bevölkerung früher wenig Verkehr mit der Außenwelt hatte und daher von den Geschlechtskrankheiten noch mehr oder weniger verschont geblieben war. Hier wirken Tripper und Syphilis dann um so verheerender. Gleichgültigkeit gegen sich selbst, Unwissenheit und Scheu vor dem europäischen Arzt verhindern den Neger, sich in Behandlung zu begeben oder die Behandlung lange genug fortzusetzen, wenn er einmal der äußeren Erscheinung der Syphilis wegen zum Arzt gegangen ist. Daß der Neger eines Trippers wegen aus eigenem Antriebe den Arzt aufsucht, gehört zu den größten Seltenheiten.

In Kilimatinde kurieren sich die tripperkranken Eingeborenen angeblich öfters selbst durch Trinken eines aus Papayenwurzeln zubereiteten Tees.

Über Jodipinbehandlung bei zwei schweren Syphilisfällen berichtet Stabsarzt Dr. Schelle-Neu-Langenburg:

„Es kamen elf Fälle in Zugang. Der eine wies völlige Zerstörung des Zäpfchens und der angrenzenden Teile des weichen Gaumens, Kondylome am After und Papeln auf dem größten Teil der Körperoberfläche auf. Wegen der letztgenannten Erscheinungen mußte von der Schmierkur Abstand genommen werden, an deren Stelle traten zweitägige Einspritzungen von je 10 Gramm einer 25prozentigen Jodipinlösung in die Gesäßmuskulatur, welche den Zerstörungsprozeß am weichen Gaumen

zum Stillstand und die Erscheinungen auf der Körperhaut und am After zum Schwinden brachten. Einer doppelseitigen Lungenentzündung, die kurz vor der beabsichtigten Entlassung hinzutrat, erlag er am 51. Behandlungstage.

Am 28. Februar kam ein Inder, der bei der Kommune als Schmied angestellt ist, in Zugang. Die Haut am Hodensack, das Unterhautgewebe, Tunica vaginalis, fehlten zur Hälfte, zur Hälfte hingen sie in brandigen, übelriechenden Fetzen herum, so daß beide Hoden, von einem schmierigen Belag bedeckt, freilagen. Wegen Körperschwäche wurde auch hier von der Schmierkur Abstand genommen, statt dessen Jodipin 10 % dreimal täglich ein Teelöffel gegeben, daneben Bäder der Geschlechtsteile in übermangansaurem Kali. Die brandigen Teile stießen sich ab, die Oberfläche der Hoden reinigte sich, von den Rändern her erfolgte langsam die Neubildung eines Hodensackes. Eventuell wird noch eine künstliche Überhäutung vorgenommen werden."

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über einen Fall von phagedänischem Schanker:

„Am 25. Juni 1904 fand ich den Sol Murgan Hawas auf der Nebenstelle Undali krank an einem phagedänischen Schanker. Etwa die Hälfte der Eichel war bereits geschwürig zerfressen. Von der schmutzigen Oberfläche des Restes erstreckten sich bis 1½ cm tiefe Gänge in die Tiefe, von denen einzelne mit der Harnröhre Verbindung hatten. Der Kranke, der vor Schmerzen nicht gehen konnte, wurde nach Neu-Langenburg getragen. Durch Dauerbäder und Ätzen mit 20prozentiger Karbolsäurelösung wurde stets, wenn auch langsame Besserung erzielt, so daß der Kranke demnächst mit einem Rest von einem Drittel seiner Eichel aus der Behandlung entlassen werden kann."

Einen weiteren phagedänischen Schanker, ebenfalls bei einem Sudanesenaskari, teilt Oberarzt Dr. Greisert aus Iringa mit.

20. Hautkrankheiten.

Stabsarzt Dr. Wiehe (Kilimatinde) berichtet über sehr häufiges Vorkommen von Unterschenkelgeschwüren, die zum Teil mit Knocheneiterung und Nekrose des Knochens verbunden waren.

Über chronische Unterschenkelgeschwüre als Gewerbekrankheit berichtet der Stationsarzt von Pangani, Stabsarzt Dr. Stierling:

„In einer großen Anzahl der Fälle ist sicher die Beschäftigung bei der Hanffabrikation die Ursache.

Eine besondere Form des Unterschenkelgeschwüres kann man direkt als Gewerbekrankheit der Hanfarbeiter bezeichnen.

Es ist ein überaus bösartiges, schnell trichterförmig in die Tiefe greifendes Geschwür, das bald zur partiellen Nekrose der Unterschenkelknochen führt. Während in drei derartigen Fällen

nach Abstoßung eines (einmal zweimarkstückgroßen, einmal fast fingerlangen) flachen Knochensequesters schnell Heilung eintrat, endete ein vierter Fall mit ausgedehnter Knochennekrose und Fistelbildung am ganzen Unterschenkel, da Amputation verweigert wurde, durch Erschöpfung tödlich.

In allen diesen Fällen handelte es sich um Arbeiter, die bei der Hanfreinigung halbtagelang in einer aus Wasser und Hanfabfällen bestehenden dicklichen, ätzenden Suppe stehen müssen. Auf denjenigen Plantagen, wo reichlich Wasser vorhanden ist und die Abwässer schnell verdünnt werden, kommen solche Geschwüre weniger vor."

Über einen Fall von Noma berichtet Stabsarzt Dr. Skrodzki (Tabora):

„Ein etwa 17jähriger Mtussi von kräftigem Körperbau, in gutem Ernährungszustande und mit übrigens glatter Haut ging mit ausgedehntem, tiefem Geschwür der linken Gesichtsseite zu. Das Geschwür war mit einem zähen, schwarzen Brei von pulverisierter Holzkohle bedeckt, der, den Eiterabfluß zu hemmen, äußerst geeignet war. Unter den Rändern der Kohlenborke quoll reichlich rahmiger, scheußlich stinkender Eiter hervor. Durch häufiges Wechseln feuchter Verbände wurde die Borke entfernt, und nach wenigen Tagen konnte nebenstehende Aufnahme (Anlage XII) gemacht werden. Sie zeigt ein Geschwür, das außen durch eine Linie, die vom linken Mundwinkel halbkreisförmig bis zum Jochbeinvorsprung führt, begrenzt wird. Die anderen Grenzen sind deutlich erkennbar. Man sieht den Defekt an der linken Hälfte der Oberlippe, des linken Flügels der Nase, die nun nach links umgekippt ist und auch auf dem Rücken einen Geschwürsattel trägt. Man sieht hier die Wulstung der Ränder, den frischen Grund und erkennt die Stelle, wo ein weiteres Fortschreiten der Nekrose zu befürchten stand. Übrigens war der Grund uneben: traubiges Wangenfett, nekrotische Gewebe im Abstoßen begriffen, zähe Eiterballen, schwammige Granulationen. Da außerdem infolge mangelnden Mundschlusses die Unterlippe baumelte und beständig Speichel, der sich unter der Zahnreihe und Wange mit Eiter vermischt hatte, herniedertroff, so war der Anblick grauenhaft, ganz abgesehen von dem Gestank. Die regionären Lymphdrüsen (Auricular. anter.) waren mäßig geschwollen und wenig druckempfindlich. Unter fleißigem Wechseln von feuchten Verbänden mit essigsaurer Tonerde, Belehrung und Gewöhnung des Kranken an selbständiges Mundspülen gelang es allmählich, die Hauptfläche des Geschwürs zur Reinigung und Überhäutung zu bringen. An drei Stellen aber wurden dennoch schmale Ausläufer vorgestreckt: am Mundwinkel nach unten zu, an der Oberlippe in dem noch offenen rechten Naseneingang und vom Nasenrücken aus in den Sulcus infrapalpebralis hinein. Zugleich trat durch völliges Verschwinden (Nichteinschmelzen!) der Nasenkuppe eine weitere Verunstaltung des Gesichts ein. Schließlich magerte der Kranke sehr erheblich ab, obwohl

Anlage XII, s. S. 91.

die äußeren Lebensbedingungen ihm möglichst günstig gestaltet wurden. Nun ist in der Abnahme ein Stillstand eingetreten. Die große Geschwürsfläche ist fast völlig überhäutet und zeigt teils gleichmäßiges, teils inselförmiges Fortschreiten der Pigmentierung. Nach dem Aussehen der letzten peripheren Geschwürsreste (am rechten Auge, Naseneingang, linken Kinn) steht zu hoffen, daß in einigen Wochen völlige Abheilung eintritt — falls der Kranke nicht wie üblich vorher davonläuft."

Oberarzt Dr. Grothusen berichtet aus demselben Bezirk über einen Fall von Lichen ruber acutus:

„Eine eigenartige Hautkrankheit zeigte ein 20jähriger Msukuma-Moschi.

Er gab bei der Aufnahme am 17. Januar 1905 an, erst seit zwei Tagen folgenden, nicht juckenden Ausschlag zu haben.

Hauptsächlich auf dem Rücken, über und zwischen den Schulterblättern, sieht man zahlreiche, in Reihen dicht beieinander stehende kleine Knötchen von durchschnittlicher Hirsekorngröße und kupferroter Farbe. Die Knötchen sind von derber Konsistenz, sie bilden taler- bis flachhandgroße Stellen und zeigen keine Schuppung. Nur vereinzelt sind Effloreszenzen an anderen Orten des Rumpfes, auf der Brust und in den Weichen vorhanden.

Nur am ersten Tage zeigte der Kranke abends eine leichte Temperaturerhöhung auf 37,8 Grad C. Sonst blieb er stets fieberfrei.

Da der Ausschlag eine große Ähnlichkeit mit Lichenknötchen zeigte, so bekam er innerlich Arsen (Fowlersche Lösung), äußerlich wurde ein Zinkpuderwatteverband angelegt.

25. Januar. Der Ausschlag ist bedeutend umfangreicher geworden. Die ganze Gegend zwischen und über den Schulterblättern bis herauf zum Dornfortsatz des ersten Brustwirbels ist jetzt eine große Knötchenfläche, die sich ganz wie Chagrinleder anfühlt. Nur ein schmaler Raum, den Dornfortsätzen der Wirbelsäule entsprechend, ist frei. Auch an den übrigen Stellen des Rumpfes sind die Knötchen zahlreicher geworden. Seit heute finden sich auch einige auf der Stirn.

Behandlung: Arsen wird ausgesetzt. Innerlich wird von jetzt ab täglich dreimal 1 Gramm Jodkali in Lösung gegeben.

27. Januar. Der Ausschlag verflacht sich deutlich.

31. Januar. Geheilt ohne jede Schuppen- oder Narbenbildung.

Daß es sich nicht um eine der bekannten Lichenerkrankungen gehandelt hat, beweist die schnelle Heilung. Mit keiner anderen Krankheit hat das Leiden sonst eine Ähnlichkeit.

Ich möchte es daher Lichen ruber acutus nennen.

Auffallend war der momentane Erfolg des Jodkali."

21. Framboesie.

Über Fälle von Framboesie wird von verschiedenen Stationen an der Küste wie auch aus dem Innern berichtet. Es muß jedoch zunächst noch dahingestellt bleiben, ob es sich in allen diesen

Fällen um echte Framboesie oder um framboesieähnliche Hautkrankheiten handelt.

Es wurde in fast allen Fällen nach antiseptischen Verbänden, Pinselungen mit Jodtinktur und innerer Darreichung von Jodkali Heilung beobachtet.

Über einen letal verlaufenen Fall berichtet Stabsarzt Dr. Skrodzki aus Tabora:

„Ein etwa 26jähriges Mnyamwesiweib kam mit framboetischen, über den ganzen Körper ausgebreiteten Geschwüren in sehr elendem Zustande in Behandlung. Wie gewöhnlich, trat infolge der hier gebräuchlichen inneren Jodkalidarreichung, verbunden mit äußeren Seifenbädern und Verbänden an zugänglichen Stellen mit essigsaurer Tonerde- oder Borsäurelösungen in wenigen Wochen erhebliche Besserung ein. Die Wucherungen verschwanden, die Geschwüre reinigten sich oder trockneten sogar völlig ab. Bei guter Ernährung hob sich das Allgemeinbefinden. Da trat nach fast vier Wochen ein rapid zunehmender Kräfteverfall ein, der trotz sofortiger Weglassung des Jodpräparats, zweckmäßigster Ernährung und möglichster Pflege unter auffällig schneller Abmagerung in etwa fünf Tagen zum Tode führte."

Ferner beschreibt Oberarzt Dr. Breuer (Mpapua) zwei Fälle von Framboesia tropica:

„Von Framboesia tropica kamen zwei Fälle zur Beobachtung und Behandlung, Mutter und Kind.

Das Kind, das mir, schon am ganzen Körper teils mit hochroten Erosionen, teils mit schmutzigen Geschwüren sowie mit typischen, zerklüfteten papillären Effloreszenzen bedeckt, zu Gesicht kam, soll die Krankheit von einem daran erkrankten Spielgenossen in Kilossa erworben haben; anfänglich soll eine, der Infektionsstelle entsprechende, nur sehr schwer heilende Wunde an einer Zehe des linken Fußes bestanden und erst nach etwa 14 Tagen in schneller Aufeinanderfolge sich der Körper des Kindes mit den oben beschriebenen Effloreszenzen bedeckt haben. Unter Behandlung durch Einreiben von Quecksilbersalbe, Betupfen mit Jodtinktur, innerlicher Darreichung von Jodkali war eine von Tag zu Tag mit sichtlicher Verkleinerung und Verschwinden der Papeln einhergehende Besserung bei dem Kinde eingetreten, als die vorher gesunde Mutter mit einer hartnäckigen Wunde an der Übergangsfalte zwischen dem vierten und fünften Finger der linken Hand in Behandlung kam. Unter starker Störung des Allgemeinbefindens mit Kopfschmerzen, Schmerzen in Knochen und Gelenken, stellte sich innerhalb weniger Wochen ebenfalls bei ihr eine typische, sich über den ganzen Körper erstreckende Framboesie ein, die übrigens unter der oben angegebenen Behandlung zu einem vollständigen Verschwinden der Krankheitserscheinungen bisher nicht geführt hat. Dagegen traten erneute Klagen über Gelenk- und Knochenschmerzen hinzu; als Ursache für letztere sind, namentlich an den Unterschenkeln an den Schienbeinknochen, periostiti-

sche Auftreibungen nachweisbar. Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß in diesem Falle nach Art einer typischen Wundinfektionskrankheit das Krankheitsgift vom Kinde auf die Mutter, die übrigens mit ihm zusammenschlief, beim Reinigen des Kindes in eine wunde Stelle an der Hand der Mutter übergeimpft worden ist. Für eine luetische Infektion fehlte es durchaus an Anhaltspunkten."

22. Chirurgische Krankheiten.

(Bearbeitet von Stabsarzt Dr. Exner.)

Bösartige Neubildungen.

Aus dem Krankenhause Daressalam (Stabsarzt Dr. Exner) ist über einen Fall von Sarkom des Oberschenkels zu berichten:

„Ein Matrose des Kreuzers „Bussard" wurde wegen einer Geschwulst am Oberschenkel dem Krankenhause überwiesen. Der Kranke hatte sich acht Wochen vorher an das linke Knie gestoßen, so daß blaue Flecke entstanden waren. Vier Wochen später fiel er während des Stillstehens im Dienst plötzlich um, klagte über heftige Schmerzen im Knie und konnte nicht mehr gehen. Am Knie waren keine krankhaften Veränderungen nachzuweisen.

Es wurde auf dem Schiffe ein ruhigstellender Verband angelegt. Als dieser nach einigen Wochen entfernt wurde, fand sich eine Geschwulst am unteren Ende des Oberschenkels. Dieselbe betraf die Außenseite des Oberschenkels oberhalb des Condylus externus und zog sich nach der Rückseite hinüber, wo sie oberhalb der Kniekehle flachhalbkugelförmig zu fühlen war. Die Geschwulst fühlte sich mäßig fest, etwas elastisch an. Die Lymphdrüsen der Leistengegend waren nicht geschwollen. Allmählich traten Schmerzen in der Geschwulst auf, welche den Kranken nachts nicht schlafen ließen. Die Körperwärme war abends leicht erhöht bis 37,9 Grad. Jodkali wurde versuchsweise gegeben, jedoch ohne Erfolg.

Da nach dem Befunde und dem Verlaufe der Erkrankung eine bösartige Neubildung anzunehmen war, wurde der Oberschenkel einige Zentimeter oberhalb der Mitte amputiert. Es wurde der zweizeitige Zirkelschnitt gewählt, die Hautwunde genäht und drainiert. Die Heilung erfolgte ohne Störung. Der Kranke erhielt innerlich Arsenik in steigender Dosis und erholte sich nach der Operation wesentlich, nahm in vier Wochen 5 kg zu und wurde nach vollendeter Heilung der Wunde nach Deutschland geschickt.

Das Präparat wies am Oberschenkelknochen oberhalb des Condylus externus an der Grenze zwischen unterer Epiphyse und Diaphyse eine runde Geschwulst von Mannesfaustgröße auf. Beim Einschneiden ergab sich als äußerste Schicht eine dünne Knochenlamelle. Die Geschwulst war im Innern von mäßig-derber Beschaffenheit und rötlich-brauner Farbe und unterschied sich dadurch deutlich von dem gesunden Knochengewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergab große Rund-

zellen, vereinzelte Riesenzellen, Spindelzellen, kleine Rundzellen und hauptsächlich polymorphe Zellen. Es handelte sich demnach um ein polymorphzelliges Sarkom, wahrscheinlich myelogenen Ursprungs."

Hämorrhoiden.

Wegen ausgedehnter Hämorrhoiden, welche ein operatives Eingreifen erforderten, kamen drei Fälle bei Europäern im Krankenhaus Daressalam in Behandlung.

In einem Falle wurde ein haselnußgroßer Knoten gespalten, aus welchem sich ein Thrombus entleerte. In den beiden anderen Fällen wurden in Narkose nach Dehnung des Sphinkters die Venenknoten hervorgezogen, mit der Langenbeckschen Zange abgeklemmt und mit dem Thermokauter abgetragen bzw. verschorft. Die Heilung erfolgte ohne Störung in kurzer Zeit.

Unterleibsbrüche.

Es kamen sieben Leistenbrüche bei Eingeborenen in operative Behandlung, ferner zwei gelegentlich der Operation der Elephantiasis des Hodensacks.

Davon wurden zwei nach der Methode von Barker-Basini operiert (Oberarzt Dr. Grothusen), sieben nach der Basinischen Methode (Stabsarzt Dr. Exner).

Die Heilung erfolgte in allen Fällen ohne Störungen.

Wasserbrüche.

Im Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam wurden im Berichtsjahre zwölf Wasserbrüche operiert und drei als Komplikationen bei Hernien und Elephantiasis des Hodensacks. Vier waren doppelseitig. In einem Falle war Tuberkulose des Hodens vorhanden, welche Entfernung des erkrankten Hodens erforderte.

Oberarzt Dr. Grothusen wandte die Bergmannsche Methode, die vollständige Abtragung der Tunica Vaginalis propria an und drainierte. Er berichtet, daß mehrfach Hämatome auftraten, welche die Heilungsdauer verzögerten.

Stabsarzt Dr. Exner operierte in einem Falle nach der Volkmannschen Methode, wobei die gespaltene Tunica vaginalis mit der äußeren Haut vernäht und die Wundhöhle tamponiert wird. Auch hier ist die Heilungsdauer eine lange. In den anderen Fällen wurde die Winkelmannsche Methode angewandt, welche in Spaltung der Tunica vaginalis und Lagerung des Hodens außerhalb der Tunica mit vollständiger Naht der Hautwunde besteht.

Nachblutungen kamen hierbei nicht vor, und die Heilung beanspruchte nur bis zu zwölf Tagen. Stabsarzt Dr. Schelle (Neu-Langenburg) versuchte bei zwei Fällen von Wasserbruch zunächst die Punktion und Injektion von Lugolscher Lösung. Als sich kein Erfolg zeigte, nahm er die Operation durch Exstirpation der Tunica vaginalis propria vor.

Krampfaderbruch.

Wegen starker Erweiterung der Venen des Samenstranges, welche bedeutende Beschwerden verursachte, wurde bei einem Europäer im Krankenhause zu Daressalam die Resektion des Venenplexus vorgenommen (Stabsarzt Dr. Exner). Der Kranke wurde nach fünfzehn Tagen geheilt entlassen.

Elephantiasis des Hodensacks.

Die Operation der Elephantiasis des Hodensacks wurde im Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam in fünf Fällen (Oberarzt Dr. Grothusen und Stabsarzt Dr. Exner), in Langenburg in zwei Fällen (Stabsarzt Dr. Schelle) vorgenommen.

In zwei Fällen bestanden gleichzeitig Leistenbrüche, welche die Dauer der Operation wesentlich verlängerten. Wasserbrüche waren eine häufige Komplikation.

Sämtliche Operierte wurden geheilt entlassen. An Größe standen die amputierten Geschwülste hinter denen der früheren Jahre zurück. Das Gewicht der größten betrug 16 kg.

Die Operationsmethode war die von Werner (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 6, Heft 3) beschriebene. Doch wurde die künstliche Blutleere durch den Esmarchschen Schlauch als lästig und überflüssig gefunden, da die Beherrschung der Blutung keine besonderen Schwierigkeiten macht. Die Hauptschwierigkeit besteht in der bei großen Geschwülsten notwendig werdenden Abhäutung des Penis, welche künstliche Bedeckung mit Haut erfordert und die Heilungsdauer verlängert. Oberarzt Dr. Grothusen fand bei der Operation einer mit Urinfistel komplizierten Elephantiasis drei Phosphat-Harnsteine links oben im Hodensack, das Corpus cavernosum Penis zum Teil nekrotisch, zum Teil narbig verdickt, desgleichen die Prostata, die fast mit dem massigen Nebengewebe des Douglasschen Raumes verwachsen war. Er machte die Sectio mediana, ferner die beiderseitige Kastration, um Rückbildung der Prostata zu bewirken und legte durch Sectio alta eine Urinfistel an.

Stabsarzt Dr. Exner suchte bei der Operation der Elephantiasis die Abhäutung des Penis zu vermeiden, indem er von dem Längsschnitt oberhalb des Penis zur Freilegung desselben absah und letztere durch zwei konvergierende, von außen unten nach der Stelle der Einziehung bzw. der Unterseite des Penis geführte Schnitte zu erreichen suchte. Es wurde, um die Harnröhre nicht zu verletzen, ein Metallkatheter eingeführt und die Enden der schrägen Schnitte durch einen quer auf der Rückfläche geführten Schnitt verbunden. Die beiden ersten Schrägschnitte wurden in ihrem mittleren Teil zu einer in der Längsrichtung verlaufenden Nahtlinie vereinigt, die seitlichen Teile mit dem nach vorn und oben emporgeklappten Reste der Hinterwand des Hodensacks, so daß die ganze Naht die Form eines umgekehrten T erhielt, also etwa ⊥ aussah.

Bei elephantiastisch verdickter Haut des Penis wurden Hautstücke durch bogenförmige, in der Längsrichtung des Penis geführte Schnitte excidiert.

Leistenbubo.

Im Anschluß an Infektionen mit weichem Schanker kamen bei Europäern im Krankenhause zu Daressalam Leistenbubonen in vier Fällen zur Behandlung.

In zwei derselben war die eitrige Einschmelzung schon so weit vorgeschritten, daß der Eiter nur durch Einschnitte entleert werden konnte. In den beiden anderen Fällen wurden die erkrankten Lymphdrüsen exstirpiert, in einem nur die der rechten Seite, im anderen die beider Seiten. Auch in den letzten beiden Fällen hatte die eitrige Einschmelzung der Drüsen im Innern schon begonnen. Die Heilung erforderte drei bis vier Wochen.

Empyem des Warzenfortsatzes.

Aus dem Sewa-Hadji-Hospital Daressalam berichtet Stabsarzt Dr. Exner:

„Im Anschluß an Mittelohreiterung entstand bei einem Farbigen ein Empyem des Warzenfortsatzes. Starke Schmerzen, Schwellung und Rötung der Gegend des Warzenfortsatzes und Fieber indizierten die Aufmeißelung des Warzenfortsatzes. Durch einen bogenförmigen Hautschnitt parallel zum Ansatz der Ohrmuschel wurde der Warzenfortsatz freigelegt, das Periost zurückgeschabt und die Zellen des Warzenfortsatzes durch allmähliche Abtragung von Knochenlamellen mit dem Meißel eröffnet, bis sich der Eiter entleerte. Die Nachbehandlung bestand in Tamponade der Wunde. Die Heilung erfolgte ohne Störungen.“

Schleimbeutel- und Sehnenerkrankungen.

Ein Hygroma praepatellare wurde von Oberarzt Dr. Greisert (Iringa) durch Inzision und Druckverband geheilt, und ebenso ein Überbein an der Streckseite des Handgelenks.

Abszesse.

Oberarzt Dr. Grothusen berichtet aus dem Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam über zwei Fälle von Psoasabszeß:

„Das Gesetz von der Duplizität der Fälle bewahrheitete sich wieder bei zwei Fällen des immerhin nicht häufigen Ileo-Psoasabszesses, die fast zu gleicher Zeit im August aufgenommen wurden. Beide wurden ganz im Frühstadium operiert. Es war noch keine Vorwölbung der Haut eingetreten, und man fühlte dort ganz in der Tiefe die an das Darmbein fest angelötete Geschwulst. Die sonstigen charakteristischen Symptome waren deutlich: Beugung des Oberschenkels gegen den Bauch, bei dem Versuch, den Oberschenkel zu strecken, hebt sich das Becken. Seit etwa acht Tagen bestand Fieber. Trotzdem war in beiden Fällen der Abszeß schon faustgroß und erstreckte sich bei dem ersten Fall, einem Askari, nach oben bis zur Niere, nach unten bis in das kleine Becken. Der Abszeß wurde dicht oberhalb des Darmbeinrandes eröffnet.

Bei beiden war die Ätiologie nicht klar. Erkrankung der Wirbel war nicht nachzuweisen. Der eine Kranke hatte zwar anfangs eine leichte Lungenentzündung des rechten Unterlappens, der Abszeß saß aber links; der zweite Kranke litt außerdem an Tripper, jedoch nur der Pars anterior.

Ich möchte auf den großen Vorzug der frühzeitigen Operation des Ileo-Psoasabszesses aufmerksam machen. Nach Ablassung des Eiters bildete sich kein neuer Eiter, sondern die Abszeßhöhle füllte sich schnell mit Granulationen, und nach einem Monat waren die Leute geheilt, das Bein völlig gebrauchsfähig. Wenn man dagegen erst wartet, bis deutliche Hervorwölbung und Fluktuation eingetreten ist, nimmt nach meinen Erfahrungen die Heilung bedeutend längere Zeit in Anspruch, und die Leute kommen durch die längere Eiterung sehr herunter, außerdem bilden sich leicht Senkungsfisteln unter das Ligamentum Pouparti usw.“

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über kryptogenetische Abszesse, wie folgt:

„Am Brustkorb habe ich im ganzen vier große Abszesse beobachtet, die alle unter der vollkommen intakten Muskulatur direkt auf den Rippen lagen und deren Entstehungsursache nicht mit Sicherheit festgestellt werden konnte. Alle drei Kranken waren im übrigen gesunde, kräftige Leute. Tuberkulose konnte ausgeschlossen werden. Die Rippen waren nicht kariös. Wunden der äußeren Haut waren nicht vorhanden, angeblich auch nicht vorausgegangen. Ich neige der Ansicht zu, daß die Abszesse von

irgendwie von außen infizierten kleinen Drüsen, die direkt dem Thorax aufliegen, ausgehen.

Bei zwei Fällen lag der Abszeß hinten, bei den beiden anderen vorne."

„Ich führe Fall II an: Hamiss bin Sudi, Msaramo, 20 Jahre.

Seit einigen Tagen Schmerzen im Rücken.

Befund: 26. August. Temperatur 38,0 Grad. Zwischen innerem Rand des rechten Schulterblattes und der Wirbelsäule fühlt die Muskulatur sich etwas hart an und ist druckempfindlich. Die Haut ist nicht gewölbt; nicht gerötet.

29. August. Dauernd um 38,0 Grad. Am Rücken hat sich eine ganz flache Hervorwölbung gebildet.

Operation: Unter der intakten Muskulatur findet sich, direkt auf den Rippen aufliegend, ein großer Abszeß, der den ganzen Raum zwischen innerem Schulterblattrand und Wirbelsäule einnimmt und unten auch bis unter das Schulterblatt selbst reicht. Jodoformgaze-Tamponade.

Verlauf: Sofort Abfall der Temperatur. Es bilden sich sofort gesunde Granulationen, die Wunde verkleinert sich auffallend schnell.

17. September. Geheilt."

Madurafuſs.

Einen Fall von beginnendem Madurafuß beschreibt Oberarzt Dr. Grothusen (Sewa-Hadji-Hospital) bei einem Inder:

„Das Leiden bestand angeblich erst seit einem halben Jahre. Am rechten inneren Fußrande bildete sich damals eine kleine, Flüssigkeit absondernde Stelle, die sich allmählich vergrößerte und zuletzt Schmerzen beim Gehen verursachte.

Die Geschwulst nahm den ganzen rechten inneren Fußrand ein, dessen Konkavität sie in Gestalt einer flachhandgroßen, leichten Erhebung ausglich. Die Haut an der Stelle war zum Teil pergamentartig verdickt, mit zahlreichen kleinen Öffnungen versehen, aus denen sich wässrige Flüssigkeit ausdrücken ließ. Bei der Operation (es wurde die erkrankte Hautpartie abgetragen und alles krankhafte Gewebe energisch mit dem scharfen Löffel entfernt), zeigte sich das Innere der Geschwulst von zahlreichen Zysten und sinuösen, zum Teil blind endigenden, zum Teil miteinander anastomisierenden Kanälen durchsetzt. In beiden wurden die charakteristischen Körperchen der gelben Varietät des Madurafußes gefunden. Die Körperchen waren teils weich, teils fest, sahen meist gelb aus und erreichten zum Teil eine Größe bis fast zu einer Erbse; die größte Anzahl der Körperchen war jedoch erheblich kleiner. Mikroskopisch zeigten sich nur wenig Pilzelemente, dagegen war deutlich der „hyaline Strahlenkranz" ausgeprägt. Nur ein Kanal erstreckte sich etwas in die Tiefe zwischen die Muskelinterstitien, ging jedoch nicht bis auf den Knochen. Die Wände der Kanäle und Sinus waren mit Granulationsmasse ausgekleidet.

Unter Jodoformgaze-Tamponade zeigte die Wunde sofort Tendenz zur Heilung, es bildeten sich keine neuen Stellen."

Unterschenkelgeschwüre.

Über ein besonders schlimmes phagedänisches Unterschenkelgeschwür bei einem Farbigen berichtet Stabsarzt Dr. Brückner (Tanga) wie folgt:

„Ein phagedänisches Unterschenkelgeschwür hatte die ganze Tibia durchfressen, so daß bloß etwa ¼ des Gliedumfanges erhalten war und der Unterschenkel nur noch am Wadenbein und der Wadenmuskulatur hing. Erst als es soweit gekommen war, ließ der Kranke sich herbei, ins Hospital zu kriechen; er wurde nach Amputation geheilt."

Sandflohgeschwüre.

Stabsarzt Dr. Brückner (Tanga) berichtet über drei Fälle, in welchen bei Europäern nach Entfernung von Sandflöhen durch Boys mit unreinen Instrumenten Entzündungen mit erheblichen Abszessen entstanden.

Im Krankenhaus Daressalam kam es aus der gleichen Ursache zu einer Nagelbettentzündung, welche die Entfernung des Nagels notwendig machte.

Verletzungen.

Von schweren Verletzungen nennt Stabsarzt Dr. Wittrock (Tanga) folgende:

Eine Schußverletzung des Unterkiefers und Mundbodens (Splitterbruch des Unterkiefers) durch Schuß aus einem Vorderlader, geheilt entlassen.

Eine Quetschung des Rückens und der Wirbelsäule mit nachfolgender Lähmung der rechten Körperhälfte (durch Fall aus erheblicher Höhe entstanden), gebessert entlassen.

Ein komplizierter, doppelter Bruch des linken Armes (Maschinenverletzung), geheilt entlassen.

Eine Stichverletzung des Bauches mit Eröffnung der Bauchhöhle und starker Blutung in dieselbe (Stich mit einem Seitengewehr), gestorben.

Eine Abquetschung beider Vorderarme (Maschinenverletzung), doppelseitige Amputation, noch in Behandlung.

Stabsarzt Dr. Brückner (Tanga) berichtet über eine Bißwunde durch ein Krokodil wie folgt:

„Ein Plantagenarbeiter in der Nähe Tangas wurde abends beim Wasserschöpfen von einem Krokodil angefallen und am rechten Knie gepackt. Der Mann, der sich mit der linken Hand an einem Baumstamm

festhielt, ließ das Schöpfgefäß fallen und schlug mit der rechten Faust dem Untier mit aller Kraft auf den Schädel. Das Krokodil ließ das Knie los, griff aber nun sein Opfer am rechten Arm. Inzwischen waren die Kameraden herbeigeeilt und zogen ihren Genossen dem Raubtier buchstäblich aus dem Rachen. Bei den spitzen Zähnen des Krokodils war das Kniegelenk durch einen Biß an mehreren Stellen eröffnet worden. Hand und rechter Unterarm waren bis zum Ellbogen stark zerfleischt. Zunächst versuchte ich eine konservative Behandlung der oberen Extremität, aber die Eiterung war, vermutlich, weil die Zähne des Krokodils infolge seiner Nahrung besonders infektiös sind, so heftig, daß der Unterarm abgesetzt werden mußte. Der Mann starb nach langem Krankenlager an metastatischen Eiterungen."

Vom Krankenhause Daressalam (Stabsarzt Dr. Exner) wird über zwei Verletzungen berichtet:

„Ein Untersuchungsgefangener brachte sich eine Stichwunde in selbstmörderischer Absicht mit einem Eßmesser in der Herzgegend bei. Unterhalb der linken Brustwarze fand sich eine spaltförmige, 2,5 cm lange Wunde. Der Pleuraraum war nicht eröffnet. Die Wundränder wurden durch eine Naht vereinigt, die Wunde heilte reaktionslos. Der Kranke wurde nach neun Tagen geheilt entlassen.

Durch den Hahn eines zurückschlagenden Gewehres hatte ein Europäer im Hinterlande von Kilwa eine Quetschwunde an der Nasenwurzel davongetragen. Sie wurde von dem Verletzten nicht beachtet. Im Verlauf bildete sich an der Stelle eine Geschwulst von Hühnereigröße, aus welcher der zuerst zugezogene Sanitätsunteroffizier mit der Punktionsspritze eine gelbe wässerige Flüssigkeit entleerte. Später wurde die Geschwulst breit geöffnet.

Bei der Aufnahme im Krankenhaus fanden sich zu beiden Seiten der Nasenwurzel Eitersenkungen. Im weiteren Verlauf wurden mehrere Knochensplitter ausgestoßen. Der Kranke wurde gebessert entlassen.

Er befand sich dann auf Reisen und stellte sich später wieder vor.

Die rechte Stirnhöhle war eröffnet, die Sonde ließ sich in dieselbe 5 cm weit rechtsseitlich einführen. Es ist Aufmeißelung der Knochenhöhle und Deckung durch Lappenplastik in Aussicht genommen."

Aus Pangani berichtet Stabsarzt Dr. Stierling über eine schwere Verletzung.

„Ein Mann war mit der Hand in ein Zahnrad geraten. Zwei Finger waren mehrfach gebrochen, die Sehnen waren trotz sonsti-

ger ausgedehnter Weichteilwunden intakt. Nach 29 Behandlungstagen kam der Mann mit ausreichender Bewegungsfähigkeit der Hand zur Entlassung.

Knochenbrüche.

Im Sewa-Hadji-Hospital kamen vier Knochenbrüche bei Farbigen zur Behandlung.

1. Ein Bruch des rechten Unterarms, nach sechs Wochen geheilt entlassen.

2. Ein Bruch des rechten Oberschenkels, durch Fall von einer Palme entstanden, nach 97 Behandlungstagen geheilt entlassen.

3. Ein komplizierter Bruch des linken Oberschenkels und rechten Unterarms, nach 13 Tagen gestorben.

4. Ein Bruch der rechten Elle poliklinisch behandelt.

Ferner berichtet Stabsarzt Dr. Schelle (Langenburg) über zwei Knochenbrüche, welche erst spät in ärztliche Behandlung kamen und besondere Eigentümlichkeiten darboten.

„Am 24. Juli kam ein Baharia des „Hermann v. Wißmann" mit einem komplizierten Bruch beider Knochen im unteren Drittel des rechten Unterschenkels in Zugang, der beim Aufwinden eines Bootes zwischen dieses und den Dampfer gefallen war. Als ich am 17. August von einer Impfreise zurückkam, fand ich die Knochenenden etwa im Winkel von 160 Grad vereinigt, das obere Schienbeinende völlig auf dem unteren liegen. Nach Abmeißelung des überstehenden Knochenstückes und Entfernung der Kallusmassen gelang es, durch Druck und Zug die Knochen in richtiger Lage zu erhalten. Am 28. März konnte er als völlig geheilt — ohne Stock gehend — entlassen werden.

Am 11. September kam ein Mngoni in Zugang, der beim Gummisuchen vom Baum gefallen war und den linken Unterschenkel gebrochen hatte. Seine Genossen hatten ihn einen Monat lang im Busch liegen lassen, ihm alle drei Tage Nahrung bringend. Eine Handbreit oberhalb des Fußgelenks waren beide Knochen quer abgesetzt, die festverwachsenen Knochenenden bildeten fast einen rechten Winkel miteinander, die Wunde war vollständig vereitert und verbreitete einen fürchterlichen Geruch. Nachdem durch Antiseptik ein besseres Aussehen der Wunde erzielt war, wurde wie im ersten Fall verfahren. Da die Haut in der Umgegend der Bruchstelle weithin zerstört und die Bruchstelle zu nahe dem Fußgelenk gelegen war, so daß keine rechten Stellen für Druck und Zug vorhanden waren, gelang es nicht, ein völlig gerades Bein zu erzielen, eine Abweichung von etwa 10 % ist bestehen geblieben. Der Mann geht zur Zeit an einem Stock, es besteht noch eine kleine Wunde, aus der vor vier Wochen noch ein nekrotisches Knochenstück abging. Er wird in kurzem entlassen werden können."

Aus dem Krankenhaus Tanga wird berichtet:

„Ein Europäer erlitt durch Sturz von einer Baraza einen Schädelbruch; derselbe wurde geheilt aus der Behandlung entlassen.

Unter den Knochenbrüchen bei Farbigen war als seltener bemerkenswert ein komplizierter, doppelter Knöchelbruch des linken Fußes, ein sehr schwerer Adduktionsbruch, der durch Fall von einer hohen Kokospalme entstanden war. Der Verletzte ist noch in Behandlung, aber in Genesung."

Aus Pangani berichtet Stabsarzt Dr. Stierling:

Drei Schädelbrüche endeten letal; einer davon, kompliziert, der sich von Shock und Gehirnerschütterung schon wieder erholt hatte, starb am siebenten Tage infolge eitriger Meningitis.

23. Bilharzia.

Die Krankheit wurde in Daressalam in fünf und in Tabora in einigen Fällen bei Eingeborenen beobachtet:

In den blutigen Fäden und Gerinnseln wurden stets Bilharziaeier in großer Anzahl gefunden, spärlich im nicht blutig tingierten Sediment.

Einer der Erkrankten litt zugleich an Ankylostomiasis und starb an letzterer Krankheit.

24. Ankylostomiasis.

Über mehrere Fälle von Ankylostomiasis wird auch in diesem Jahre berichtet. Der im Bericht des Vorjahres dafür angegebene Name Safura oder Shafura scheint jedoch keine spezifische Bedeutung zu haben, sondern von den Küstennegern allgemein für Seuchen gebraucht zu werden, deren Entstehungsursache, Verlauf und Behandlung den Eingeborenen unbekannt sind und ihnen daher Schrecken einflößen.

Aus Daressalam berichtet Oberarzt Dr. Greisert:

„Bei 16 Eingeborenen, fast ausschließlich Kettengefangenen, wurden im Stuhlgang Eier von Ankylostomen nachgewiesen. Nach Verabreichung von Thymol, bis 8 Gramm an einem Tage, besserten sich fast immer ihre Erscheinungen (starke Ödeme), und die Eier verschwanden aus den Fäces. In einigen Fällen wurde die Wiederholung der Kur notwendig.

Neun Kranke kamen zur Entlassung, einer starb, sechs blieben im Bestand am Schlusse des Berichtsjahres. Zur Hebung der Anämie wurden den Kranken Eisenpräparate verabreicht."

Stabsarzt Dr. Brückner berichtet aus Tanga:

„Die Ankylostomiasis, von den Wasuaheli „Safura" genannt, ist sehr verbreitet und wird den Eingeborenen höchst gefährlich. Leider suchen sie meist das Hospital erst auf, wenn die Krankheit schon weit vorgeschritten ist. Häufig handelte es sich um obdachlose Neger, die von der Polizei in einer verlassenen Hütte gänzlich abgemagert und hilflos vorgefunden und in diesem desolaten Zustand eingeliefert wurden. So war es möglich, daß von den insgesamt 18 Zugängen 8 starben. Unter den Befallenen befanden sich viele Lehmesser. Eine wirksame Arznei ist den Eingeborenen anscheinend nicht bekannt; deshalb ist die Krankheit sehr gefürchtet.

In jedem Fall gelang es, nachdem der Stuhl 24 Stunden gestanden hatte, Eier und Larven des Anchylostomum duodenale in allen Entwicklungsstadien nachzuweisen. Als Nebenbefund erhob ich öfters Eier von Spulwurm und Peitschenwurm.

Die äußerlichen Krankheitssymptome bestanden in aschgrauer Farbe, Abmagerung, Schwäche, sehr blassen Schleimhäuten und Ödemen im Gesicht.

Behandelt wurden alle Fälle mit Thymol, das in Dosen von 4 Gramm wöchentlich einmal bis zum Verschwinden der Eier gegeben wurde."

25. Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

Stabsarzt Dr. Brückner berichtet aus Tanga:

„Wegen Blutungen nach Abort mußte einmal das Curettement gemacht werden.

Allgemein wurde von weißen Frauen über profuse Menses und auch darüber geklagt, daß die Störungen des Allgemeinbefindens beträchtlich stärker seien als in Europa. Einmal beobachtete ich während der Menstruation eine flüchtige Urticaria.

Eine 23jährige Erstgebärende mit normalem Becken, die seit etwa einem Jahre in der Kolonie war und während der Schwangerschaft mit Ausnahme hydrämischer Schwellungen an den Beinen sich recht wohl gefühlt, insbesondere nie an Erbrechen gelitten und kein Eiweiß im Urin gehabt hatte, erkrankte ganz plötzlich

während der Geburt an Eklampsie. Der Muttermund war völlig erweitert, der Kopf schon ziemlich tief ins kleine Becken eingetreten. Es wurde Chloroform gegeben und, da die Geburt nicht fortschritt, das Kind mit der Zange entbunden. Es trat kein Dammriß ein; das Kind war leicht asphyktisch. Nach völliger Entleerung des Uterus zweiter, sehr heftiger Anfall, der mit Chloroform, Morphium, feuchtwarmen Einpackungen erfolglos bekämpft wurde. Die Frau starb, nachdem noch ein dritter Anfall erfolgt war, drei Stunden später im Koma."

Im Krankenhaus Daressalam kam ein Fall von Plazentarretention vor. Die Frucht war im sechsten Monat ausgestoßen worden. Die Nachgeburt haftete nach zwei Tagen noch fest, aus dem Muttermund hing ein 2 cm langer Gewebsfetzen hervor. Temperatursteigerung war nicht vorhanden. In Chloroformnarkose wurde die Plazenta mit den Fingern gelöst und entfernt. Sie hatte die Größe eines Handtellers. Die Gebärmutter wurde mit abgekochtem Wasser ausgespült, die Scheide tamponiert. Der weitere Verlauf blieb ohne Störungen. Die Kranke wurde nach 13tägiger Behandlung geheilt entlassen.

Bei Farbigen kamen zur Behandlung eine chronische Gebärmutterentzündung, mehrere Cervixkatarrhe, eine Plazentarretention (Tanga), ferner zwei Brustdrüsenentzündungen (Kilimatinde).

Geburten selbst bei Eingeborenen zu beobachten, gelingt nur sehr selten.

Anlage I.

Übersicht

über den Krankenzugang auf den einzelnen Stationen.

Station	Zahl der Monate, in welchen die Dienststelle mit Arzt oder Sanit.-Untffz. bzw. mit Arzt u. San.-Untffz. besetzt war		Iststärke der				Gesamtkrankenzugang der					
			Europäer		Farbigen		Europäer			Farbigen		
	Arzt	Sanit.-Untffz.	Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Sa.	Militärpersonen	Zivilpersonen	Militär und Zivil
Tanga	12	12	5	187	85	58 250	12	319	331	107	1 004	1 111
Pangani	7	5	2	30	44	70 280	.	51	51	45	746	791
Bagamojo	.	12	2	46	54	65 000	8	55	63	65	1 652	1 717
Daressalam	12	12	37	343	450	146 260	63	259	322	682	1 189	1 871
Mohoro	.	12	2	6	20	60 000	8	10	18	20	288	308
Kilwa	6	6	3	32	56	100 000	10	38	48	65	624	689
Lindi	.	12	4	38	104	195 000	12	40	52	119	422	541
Ssongea	.	12	5	20	79	75 000	4	1	5	43	89	132
Mahenge	.	12	5	4	62	250 000	13	6	19	60	226	286
Iringa	12	4	7	36	115	62 950	12	14	26	72	310	382
Morogoro	4	6	3	8	32	206 600	4	15	19	20	96	116
Mpapua	7	5	5	38	56	74 000	22	1	23	140	324	464
Kondoa-Irangi	.	12	3	2	29	70 000	19	2	21	18	170	188
Kilimatinde	12	12	8	10	92	76 000	28	4	32	41	276	317
Tabora	12	12	9	16	129	375 000	29	19	48	136	486	622
Udjidji	3	9	5	13	56	500 000	24	20	44	27	167	194
Usumbura	12	12	8	9	116	135 000	18	4	22	109	594	703
Schirati	.	12	3	3	28	75 000	4	.	4	10	58	68
Muansa	12	5	6	29	88	500 000	20	69	89	143	946	1 089
Bukoba	12	12	8	28	133	372 500	7	10	17	120	357	477
Bismarckburg	9	3	5	45	74	680 000	14	3	17	41	167	208
Neu-Langenburg	12	12	3	122	56	204 900	8	20	28	62	154	216
Wilhelmstal incl. Amani	12	11	3	142	30	56 250	13	62	75	37	807	844
Wugiri	8	*)	2	2	.	50	3	5	8	.	15	15
Moschi	11	.	6	96	135	81 000	10	11	21	198	242	440
Aruscha	.	12	2	35	37	10 950	3	6	9	33	156	189
Sa.			151	1340	2160	4 500 000	368	1044	1412	2413	11 565	13 978

*) Der Dienst des Rechnungsführers wird z. Zt. durch einen Front-Unteroffizier (ehemaliger

Malariafieber				Summe der Todesfälle an Malaria		Schwarzwasserfieber				Summe der Todesfälle an Schwarzwasserfieber		Zahl der behandelten Malariafieberfälle unter Europäern in % der Bevölkerungsziffer.
Europäer		Farbige				Europäer		Farbige				
Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Europäer	Farbige	Militärpersonen	Zivilpersonen	Militärpersonen	Zivilpersonen	Europäer	Farbige	
5	150	4	36	1	.	.	23	.	2	4	.	80,7 %
.	15	4	68	.	.	.	.	.	.	.	.	46,3 %
3	20	5	280	.	1	.	1	.	1	.	.	47,9 %
23	107	41	75	1	1	1	10	.	3	2	.	34,2 %
4	4	5	28	.	1	.	6	.	2	.	1	100,0 %
3	21	4	81	1	.	.	1	.	2	.	.	68,6 %
7	20	28	40	.	.	.	2	.	.	.	.	64,3 %
2	1	8	16	.	.	.	.	.	.	.	.	12,0 %
7	4	6	.	.	.	.	.	.	.	.	.	122,2 %
2	5	1	5	.	.	.	.	.	.	.	.	16,3 %
2	10	4	9	.	.	.	2	.	.	.	.	109,1 %
9	.	16	26	.	.	.	.	.	.	.	.	20,9 %
10	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	220,0 %
18	4	8	5	.	.	1	.	.	.	1	.	122,2 %
14	9	11	13	.	.	1	.	.	.	.	.	92,0 %
16	7	3	10	.	.	.	2	.	.	.	.	127,8 %
11	18	9	20	.	1	1	.	.	.	.	.	170,6 %
2	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	33,3 %
12	28	29	86	.	.	1	4	.	.	.	.	114,0 %
5	6	42	52	.	.	.	2	.	.	.	.	30,6 %
9	.	7	5	.	.	.	.	.	.	.	.	18,0 %
2	3	3	10	.	.	.	1	.	.	.	.	4,0 %
4	16	3	38	.	.	.	1	.	.	.	.	13,8 %
.	2	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	50,0 %
.	9	18	9	.	.	.	.	.	.	.	.	8,8 %
1	1	.	12	.	.	.	1	.	.	.	.	5,4 %
171	461	260	926	3	4	5	58	.	10	7	1	66,1 %

Sanitäts-Unteroffizier) versehen.

Anlage II.

Jahresnachweisung

über die kranken Europäer Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung: etwa 1340.
Jahr vom 1. April 1904 bis 31. März 1905.

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
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Unterleibstyphus	.	1	1	.	1	.	1	.	4	.
2	Rückfallfieber	.	3	3	3	.	.	3	.	5	43
3	Malariafieber	3	461	464	446	3	13	462	2	1821	1265
4	Schwarzwasserfieber	.	58	58	47	7	4	58	.	451	167
5	Influenza	1	5	6	6	.	.	6	.	31	11
6	Windpocken	.	2	2	2	.	.	2	.	.	6
7	Akuter Gelenkrheumatismus	.	5	5	5	.	.	5	.	104	12
8	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
9	Gicht	.	1	1	1	.	.	1	.	15	.
10	Denguefieber	.	2	2	2	.	.	2	.	8	1
11	Maltafieber	.	2	2	2	.	.	2	.	63	.
12	Vergiftung durch Bienenstiche	.	1	1	.	1	.	1	.	4	.
13	Ruhr	2	10	12	9	1	2	12	.	113	217
14	Blutarmut	1	2	3	2	.	1	3	.	115	.
15	Gastrisches Fieber	.	1	1	1	.	.	1	.	32	.
16	Lepra	1	.	1	.	.	1	1	.	.	1
	Summe I	8	555	563	527	13	21	561	2	2766	1728
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
17	Krankheiten des Gehirns	.	1	1	.	1	.	1	.	2	.
18	Gehirnerschütterung	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
19	Neurasthenie	.	7	7	6	.	1	7	.	27	57
20	Blutandrang nach dem Kopf	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
21	Bettnässen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	20
22	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	2	2	2	.	.	2	.	.	7
23	Geisteskrankheit	.	3	3	.	.	3	3	.	60	.
	Summe II	.	17	17	12	1	4	17	.	92	90

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
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
24	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	9	9	9	.	.	9	.	.	52
25	Bronchialkatarrh	1	17	18	18	.	.	18	.	67	81
26	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
27	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
28	Lungenentzündung	.	4	4	3	1	.	4	.	43	8
29	Brustfellentzündung	.	4	4	3	.	1	4	.	9	26
30	Verwachsung der Lunge und des Brustfells	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
	Summe III	1	38	39	37	1	1	39	.	119	186
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.										
31	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	4	4	3	.	1	4	.	.	38
32	Andere Herzkrankheiten	.	2	2	2	.	.	2	.	13	.
33	Hämorrhoiden	.	5	5	5	.	.	5	.	10	11
34	Venenentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	2
35	Krankheiten der Lymphdrüsen	.	7	7	6	.	1	7	.	12	102
36	Milzschwellung	.	4	4	.	.	4	4	.	.	44
37	Wassersucht	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
	Summe IV	.	25	25	19	.	6	25	.	35	202
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
38	Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	11	11	11	.	.	11	.	.	48
39	Rachenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	2	6
40	Mandelentzündung	.	11	11	9	.	2	11	.	7	66
41	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
42	Krankheiten der Speicheldrüsen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	12
43	Akuter Magenkatarrh	1	24	25	25	.	.	25	.	33	103
44	Chronischer Magenkatarrh	.	2	2	.	.	1	1	1	.	19
45	Magengeschwüre	.	3	3	3	.	.	3	.	9	9
46	Akuter Darmkatarrh	.	27	27	25	1	1	27	.	46	107
47	Chronischer Darmkatarrh	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
48	Brechdurchfall	.	2	2	2	.	.	2	.	9	4
49	Innerer Darmverschlufs	.	1	1	1	.	.	1	.	.	13
50	Blinddarmentzündung	.	3	3	2	.	1	3	.	22	18
51	Krankheiten des Mastdarms	.	2	2	2	.	.	2	.	.	48
52	Bauchfellentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	24	.

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
53	Gelbsucht	.	2	2	2	.	.	2	.	18	10
54	Unterleibsbrüche	.	2	2	1	.	1	2	.	3	1
55	Krankheiten der Leber	.	7	7	7	.	.	7	.	52	8
56	Gallensteinkolik	.	1	1	1	.	.	1	.	.	19
57	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	1	1	1	.	.	1	.	.	28
	Summe V	1	105	106	98	1	6	105	1	229	520
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
58	Nierenentzündung	.	4	4	2	2	.	4	.	5	9
59	Blasenkatarrh	.	8	8	7	.	1	8	.	38	64
60	Wasserbruch	.	1	1	.	.	1	1	.	26	.
61	Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	1	1	1	.	.	1	.	16	.
62	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	3	3	3	.	.	3	.	.	9
	Summe VI	.	17	17	13	2	2	17	.	85	82
	VII. Venerische Krankheiten.										
63	Tripper	3	33	36	26	.	9	35	1	.	739
64	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	3	3	2	.	1	3	.	.	3
65	Schanker	1	11	12	10	.	2	12	.	25	190
66	Bubo	.	7	7	6	.	1	7	.	31	29
67	Syphilis	3	23	26	19	.	5	24	2	86	879
	Summe VII	7	77	84	63	.	18	81	3	142	1868
	VIII. Augenkrankheiten.										
68	Krankheiten der Lider	.	3	3	3	.	.	3	.	.	6
69	Krankheiten der Bindehaut	.	10	10	9	.	1	10	.	10	77
70	Krankheiten der Regenbogenhaut	1	1	2	2	.	.	2	.	21	48
71	Krankheiten der Hornhaut	.	3	3	3	.	.	3	.	9	5
72	Andere Augenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
	Summe VIII	1	18	19	18	.	1	19	.	40	137
	IX. Ohrenkrankheiten.										
73	Krankheiten des äufseren Gehörgangs	.	11	11	10	.	1	11	.	.	81
74	Krankheiten des mittleren und inneren Ohrs	.	4	4	4	.	.	4	.	19	45
	Summe IX	.	15	15	14	.	1	15	.	19	126

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 äufseren Bedeckungen.										
75	Akute Hautkrankheiten . .	1	21	22	20	.	1	21	1	.	129
76	Unterschenkelgeschwüre . .	.	5	5	4	.	1	5	.	13	34
77	Panaritium	.	2	2	2	.	.	2	.	.	16
78	Zellgewebsentzündung . . .	.	31	31	29	.	.	29	2	12	383
79	Furunkel	.	16	16	12	.	1	13	3	5	238
80	Gutartige Geschwülste . .	.	3	3	3	.	.	3	.	.	31
81	Framboesie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	15
82	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	1	1	1	.	.	1	.	.	20
	Summe X	1	80	81	72	.	3	75	6	30	866
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
83	Akute Gelenkentzündung .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
84	Fufsgeschwulst	.	1	1	.	.	1	1	.	.	8
85	Muskelrheumatismus . . .	.	9	9	7	.	2	9	.	8	59
86	Andere Krankheiten der Muskeln	.	1	1	1	.	.	1	.	.	11
87	Krankheiten der Sehnen . .	.	2	2	2	.	.	2	.	.	34
	Summe XI	.	14	14	11	.	3	14	.	8	115
	XII. Mechanische Verletzungen.										
88	Quetschung der Weichteile ohne äufsere Wunde . .	.	3	3	2	.	1	3	.	36	28
89	Quetschung innerer Organe	.	1	1	1	.	.	1	.	39	2
90	Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmafsen . .	.	4	4	4	.	.	4	.	2	26
91	Knochenbruch des Fufses .	1	.	1	1	.	.	1	.	.	27
92	Schädelbruch	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
93	Hieb- und Schnittwunden .	.	4	4	4	.	.	4	.	.	33
94	Rifs- und Quetschwunden .	.	17	17	16	.	.	16	1	34	132
95	Schufswunden	1	4	5	4	1	.	5	.	23	34
96	Stichwunden	.	2	2	2	.	.	2	.	24	.
97	Bifswunden	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Summe XII	2	38	40	37	1	1	39	1	175	305
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
98	Sandflohgeschwüre	.	6	6	5	.	1	6	.	10	109
99	Eingeweidewürmer	.	15	15	14	.	1	15	.	15	22
100	Krätze	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
101	Ringwurm	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
102	Dasselbeulen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	6
	Summe XIII	.	24	24	21	.	3	24	.	25	144

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
	XIV. Frauenkrankheiten.										
103	Entbindung	.	5	5	4	1	.	5	.	15	37
104	Fehlgeburt	.	4	4	4	.	.	4	.	41	5
105	Erbrechen infolge Schwangerschaft	.	1	1	1	.	.	1	.	.	18
106	Endometritis	.	1	1	.	.	1	1	.	.	118
107	Hyperemesis	.	1	1	.	.	1	1	.	23	.
108	Scheidenvorfall	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
109	Entzündung des Beckenbindegewebes	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
110	Andere Unterleibsleiden	.	1	1	1	.	.	1	.	.	14
	Summe XIV	.	15	15	11	1	3	15	.	79	195
	XV. Andere Krankheiten.										
111	Allgemeine Körperschwäche	.	2	2	2	.	.	2	.	14	9
	Summe XV	.	2	2	2	.	.	2	.	14	9
	XVI. Zur Beobachtung										
112	auf Geisteskrankheit	.	2	2	2	.	.	2	.	11	10
113	auf Malaria	.	3	3	3	.	.	3	.	5	8
	Summe XVI	.	5	5	5	.	.	5	.	16	18

Zusammenstellung der Gruppen.

Gruppe I	8	555	563	527	13	21	561	2	2766	1728
„ II	.	17	17	12	1	4	17	.	92	90
„ III	1	37	38	36	1	1	38	.	119	182
„ IV	.	25	25	19	.	6	25	.	35	202
„ V	1	105	106	98	1	6	105	1	229	520
„ VI	.	17	17	13	2	2	17	.	85	82
„ VII	7	77	84	63	.	18	81	3	142	1868
„ VIII	1	18	19	18	.	1	19	.	40	137
„ IX	.	15	15	14	.	1	15	.	19	126
„ X	1	80	81	72	.	3	75	6	30	866
„ XI	.	14	14	11	.	3	14	.	8	115
„ XII	2	38	40	37	1	1	39	1	175	305
„ XIII	.	24	24	21	.	3	24	.	25	144
„ XIV	.	15	15	10	1	4	15	.	79	195
„ XV	.	2	2	2	.	.	2	.	14	9
„ XVI	.	5	5	5	.	.	5	.	16	18
Gesamtsumme	21	1044	1065	958	20	74	1052	13	3874	6587

Anlage III.

Jahresnachweisung

über die kranken Farbigen Deutsch-Ostafrikas.

Iststärke der Bevölkerung: etwa 4 500 000.
Jahr vom 1. April 1904 bis 31. März 1905

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
	I. Infektionskrankheiten und allgemeine Erkrankungen.										
1	Pocken	.	28	28	27	1	.	28	.	540	19
2	Windpocken	.	127	127	127	.	.	127	.	1448	37
3	Masern	.	87	87	84	.	3	87	.	210	60
4	Ohrspeicheldrüsenentzündung	1	13	14	12	.	2	14	.	44	60
5	Rose	1	4	5	3	1	1	5	.	91	13
6	Septikämie	.	2	2	.	2	.	2	.	1	1
7	Rückfallfieber	.	12	12	12	.	.	12	.	113	48
8	Malariafieber	10	926	936	781	4	146	931	5	652	4107
9	Schwarzwasserfieber	.	10	10	9	1	.	10	.	48	45
10	Influenza	.	9	9	7	.	.	7	2	21	21
11	Miliartuberkulose	1	2	3	.	2	1	3	.	4	16
12	Tuberkulose der Lungen	.	11	11	3	4	3	10	1	135	150
13	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	1	4	5	3	.	2	5	.	156	25
14	Tuberkulose anderer Organe	.	1	1	1	.	.	1	.	59	.
15	Ruhr	4	189	193	131	47	8	186	7	1642	676
16	Starrkrampf	.	2	2	.	2	.	2	.	10	2
17	Akuter Gelenkrheumatismus	1	51	52	36	.	13	49	3	145	591
18	Chronischer Gelenkrheumatismus	.	5	5	1	1	2	4	1	120	57
19	Blutarmut	1	24	25	10	2	13	25	.	287	344
20	Blutvergiftung	.	2	2	2	.	.	2	.	17	9
21	Alkoholvergiftung	.	1	1	.	.	1	1	.	7	.
22	Hitzschlag	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
23	Bösartige Geschwülste	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
24	Pest	.	4	4	1	3	.	4	.	14	3
25	Lepra	1	10	11	1	.	7	8	3	346	103
26	Andere allgemeine Erkrankungen	.	11	11	4	4	3	11	.	101	7
	Summe I	21	1537	1558	1257	74	205	1536	22	6214	6399

Lfde. Nr.	Krankheit	Bestand waren	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang: geheilt	Abgang: gestorben	Abgang: anderweitig	Abgang: Summe	Bestand bleiben	Behandlungstage: im Krankenhaus	Behandlungstage: in der Poliklinik
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	II. Krankheiten des Nervensystems.										
27	Geisteskrankheit	.	5	5	.	1	4	5	.	45	19
28	Fallsucht	.	10	10	3	3	3	9	1	9	36
29	Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	1	17	18	18	.	.	18	.	10	83
30	Hirnhautentzündung	.	5	5	.	5	.	5	.	8	1
31	Krankheiten des Gehirns	.	4	4	1	1	2	4	.	131	10
32	Gehirnerschütterung	.	1	1	.	1	.	1	.	.	2
33	Myelitis im Lendenmark	.	1	1	.	.	1	1	.	204	.
34	Paralysis agitans	.	1	1	.	1	.	1	.	10	.
35	Neurasthenie	.	2	2	1	.	1	2	.	.	12
36	Hysterie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
	Summe II	1	47	48	24	12	11	47	1	417	171
	III. Krankheiten der Atmungsorgane.										
37	Krankheiten der Nase und Nebenhöhlen	2	2	4	3	.	1	4	.	.	60
38	Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	37	37	34	.	2	36	1	59	355
39	Chronischer Katarrh der Luftwege	.	19	19	9	4	4	17	2	139	265
40	Akuter Bronchialkatarrh	10	813	823	730	4	78	812	11	1209	5182
41	Lungenentzündung	2	154	156	102	30	14	146	10	1392	489
42	Lungenerweiterung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	15
43	Lungenblutung	.	6	6	.	3	3	6	.	15	39
44	Lungenspitzenkatarrh	.	2	2	2	.	.	2	.	7	4
45	Brustfellentzündung	.	85	85	61	7	15	83	2	431	762
46	Rippenfellentzündung	.	2	2	2	.	.	2	.	.	11
47	Asthma	.	7	7	.	.	7	7	.	.	38
48	Andere Krankheiten der Luftwege	.	4	4	3	1	.	4	.	.	16
	Summe III	14	1132	1146	947	49	124	1120	26	3252	7236
	IV. Krankheiten der Kreislaufs- und der blutbereitenden Organe.										
49	Erkrankungen der Herzklappen	2	11	13	1	5	6	12	1	100	63
50	Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	1	1	.	1	.	1	.	23	.
51	Andere Herzkrankheiten	.	3	3	2	.	1	3	.	6	4
52	Pulsadergeschwulst	.	2	2	1	1	.	2	.	64	.
53	Venenentzündung	1	6	7	6	.	1	7	.	19	69
54	Hämorrhoiden	.	7	7	3	.	3	6	1	25	53
55	Arteriosklerosis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	156
56	Entzündung der Lymphgefäfse	.	13	13	11	.	1	12	1	14	131

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
57	Krankheiten der Lymphdrüsen	4	93	97	84	.	8	92	5	762	744
58	Kropf	.	1	1	.	.	1	1	.	.	87
59	Milzschwellung	.	4	4	3	.	1	4	.	34	106
60	Wassersucht	.	1	1	.	.	1	1	.	.	22
61	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	9	9	6	1	2	9	.	.	109
	Summe IV	7	152	159	118	8	25	151	8	1047	1544
	V. Krankheiten der Ernährungsorgane.										
62	Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	186	187	178	.	6	184	3	1	604
63	Zungenentzündung	.	1	1	.	.	1	1	.	.	1
64	Mandelentzündung	.	43	43	41	.	2	43	.	14	218
65	Andere Mund- und Rachenkrankheiten	1	39	40	32	.	7	39	1	22	283
66	Krankheiten der Speicheldrüsen	1	.	1	1	.	.	1	.	7	.
67	Krankheiten der Speiseröhre	.	1	1	1	.	.	1	.	3	.
68	Akuter Magenkatarrh . . .	.	233	233	205	4	22	231	2	230	1002
69	Chronischer Magenkatarrh .	.	3	3	3	.	.	3	.	.	32
70	Magenblutung	.	2	2	.	.	2	2	.	.	2
71	Akuter Darmkatarrh . . .	17	652	669	585	13	59	657	12	835	3269
72	Chronischer Darmkatarrh .	.	33	33	11	12	10	33	.	194	298
73	Brechdurchfall	.	11	11	8	2	1	11	.	17	89
74	Unterleibsbrüche	.	19	19	13	.	5	18	1	380	285
75	Eingeklemmter Bruch . . .	.	2	2	2	.	.	2	.	6	15
76	Darm-, Blinddarmentzündung	.	9	9	4	3	2	9	.	26	69
77	Bauchfellentzündung . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	19
78	Katarrhalische Gelbsucht .	.	5	5	4	.	1	5	.	18	69
79	Krankheiten der Leber . .	.	14	14	5	1	7	13	.	57	88
80	Krankheiten des Mastdarms	.	6	6	2	.	4	6	.	.	32
81	Darmfistel	.	2	2	1	.	1	2	.	15	77
	Summe V	20	1262	1282	1097	35	130	1262	20	1825	6452
	VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (ausschl. der venerischen).										
82	Nierenentzündung	1	22	23	11	5	5	21	2	99	329
83	Andere Krankheiten der Nieren und Harnleiter . .	1	2	3	1	.	1	2	1	107	2
84	Blasenkatarrh	.	12	12	7	1	3	11	1	35	106
85	Krankheiten der Vorsteherdrüse	1	.	1	1	.	.	1	.	80	.
86	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	9	9	6	.	2	8	1	79	19
87	Wasserbruch	2	25	27	17	1	7	25	2	792	117
88	Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	3	3	2	.	1	3	.	.	48
	Summe VI	5	73	78	45	7	19	71	7	1192	621

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
	VII. Venerische Krankheiten.										
89	Tripper	41	445	486	417	1	56	474	12	8737	2652
90	Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	53	53	49	.	4	53	.	304	336
91	Spitze Feigwarzen	1	13	14	13	.	1	14	.	420	17
92	Weicher Schanker	3	214	217	201	.	9	210	7	3028	1361
93	Bubo	1	41	42	34	.	8	42	.	342	373
94	Syphilis	18	223	241	167	8	47	222	19	3723	4144
	Summe VII	64	989	1053	881	9	125	1015	38	16554	8883
	VIII. Augenkrankheiten.										
95	Granul. Bindehautkatarrh	2	16	18	13	.	5	18	.	415	113
96	Akute Blennorrhoe	.	3	3	3	.	.	3	.	22	1
97	Tripperblennorrhoe	.	7	7	3	.	3	6	1	56	39
98	Krankheiten der Lider	.	5	5	5	.	.	5	.	48	218
99	„ „ Bindehaut	3	342	345	324	.	19	343	2	305	1836
100	„ „ Augenmuskeln	.	1	1	1	.	.	1	.	.	16
101	„ „ Hornhaut	1	45	46	36	.	8	44	2	79	581
102	„ „ Regenbogenhaut	.	15	15	14	.	1	15	.	109	301
103	„ „ Linse	.	1	1	.	.	1	1	.	.	20
104	„ „ Aderhaut	.	3	3	3	.	.	3	.	44	27
105	„ „ Tränenorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
106	Krankheiten der Sehnerven und der Netzhaut	.	2	2	.	.	2	2	.	5	4
107	Blindheit	1	.	1	.	.	1	1	.	.	1
108	Andere Augenkrankheiten	.	8	8	6	.	2	8	.	18	58
	Summe VIII	7	449	456	409	.	42	451	5	1101	3218
	IX. Ohrenkrankheiten.										
109	Krankheiten der Ohrmuschel	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
110	Krankheiten des äufseren Gehörgangs	1	39	40	36	.	2	38	2	32	344
111	Krankheiten des inneren und mittleren Ohres	4	171	175	130	.	39	169	6	162	2099
112	Schwerhörigkeit	.	2	2	1	.	1	2	.	.	20
113	Andere Ohrenkrankheiten	.	3	3	2	.	1	3	.	.	36
	Summe IX	5	216	221	170	.	43	213	8	194	2510
	X. Krankheiten der äufseren Bedeckungen.										
114	Akute Hautkrankheiten	11	484	495	401	1	75	477	18	812	5658
115	Chronische Hautkrankheiten	.	54	54	30	1	17	48	6	268	1086
116	Unterschenkelgeschwüre	77	995	1072	753	2	208	963	109	3093	32017
117	Panaritium	3	65	68	62	1	4	67	1	281	1193

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
118	Zellgewebsentzündung . . .	21	873	894	746	10	65	821	73	4487	10935
119	Furunkel	10	200	210	186	1	14	201	9	582	2302
120	Gutartige Geschwülste . .	1	31	32	27	.	4	31	1	203	257
121	Framboesie	6	77	83	53	2	28	83	.	1095	924
122	Andere Krankheiten dieser Gruppe	3	17	20	11	.	6	17	3	419	146
	Summe X	132	2796	2928	2269	18	421	2708	220	11240	54518
	XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.										
123	Knochenhautentzündung . .	1	18	19	16	.	3	19	.	259	205
124	Knochenhautentzündung und Ausgänge	3	1	4	2	.	2	4	.	100	15
125	Akute Gelenkentzündung .	2	29	31	20	1	8	29	2	286	284
126	Chronische Gelenkentzündung	.	4	4	3	.	1	4	.	94	39
127	Mifsbildung der Knochen und Gelenke	.	2	2	1	.	1	2	.	18	14
128	Fufsgeschwulst	.	22	22	18	.	4	22	.	74	163
129	Andere Verbildungen des Fufses	.	2	2	1	.	1	2	.	.	9
130	Muskelrheumatismus . . .	2	177	179	157	4	15	176	3	108	1373
131	Exerzier- und Reitknochen .	.	1	1	1	.	.	1	.	18	.
132	Andere Krankheiten der Muskeln	.	5	5	3	.	1	4	1	.	19
133	Krankheiten der Schleimbeutel	.	10	10	8	.	.	8	2	69	145
134	Krankheiten der Sehnen . .	.	20	20	14	.	5	19	1	63	216
	Summe XI	8	291	299	244	5	41	290	9	1089	2482
	XII. Mechanische Verletzungen.										
135	Wundlaufen	.	18	18	18	.	.	18	.	86	235
136	Quetschung der Weichteile ohne äufsere Wunde . .	1	106	107	92	.	11	103	4	331	666
137	Quetschung innerer Organe .	1	2	3	1	1	1	3	.	21	.
138	Knochenbruch d. Oberarms .	.	7	7	7	.	.	7	.	297	66
139	„ „ Unterarms .	.	12	12	9	1	2	12	.	163	172
140	„ „ Hand . . .	.	8	8	6	.	1	7	1	64	89
141	„ „ Oberschenkels .	1	7	8	4	1	1	6	2	497	.
142	„ „ Unterschenkels .	.	9	9	6	1	.	7	2	767	40
143	„ „ Fufses . .	.	2	2	2	.	.	2	.	39	.
144	„ „ Kopfes . .	.	4	4	.	4	.	4	.	16	1
145	„ „ Schlüsselbeins . .	1	.	1	1	.	.	1	.	20	.
146	„ „ Rippen . .	.	2	2	1	1	.	2	.	32	.
147	Verstauchungen der Gelenke der oberen Gliedmafsen .	.	23	23	22	.	1	23	.	100	224

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
148	Verstauchungen der Gelenke der unteren Gliedmafsen	2	16	18	18	.	.	18	.	83	95
149	Verrenkungen der Gelenke der oberen Gliedmafsen	.	2	2	2	.	.	2	.	4	1
150	Verrenkungen der Gelenke der unteren Gliedmafsen	1	1	2	2	.	.	2	.	26	.
151	Verrenkungen anderer Gelenke	.	1	1	.	1	.	1	.	.	.
152	Schufswunden	1	21	22	13	2	5	20	2	386	324
153	Hieb- und Schnittwunden	9	336	345	305	1	25	331	14	891	3870
154	Stichwunden	1	70	71	56	6	5	67	4	198	670
155	Rifs- und Quetschwunden	43	978	1021	893	.	81	974	47	2534	10961
156	Bifswunden	.	60	60	49	2	4	55	5	304	904
157	Verbrennung	1	100	101	88	1	8	97	4	293	1408
158	Andere Wunden und Verletzungen	.	5	5	5	.	.	5	.	59	40
	Summe XII	62	1790	1852	1600	22	145	1767	85	7211	19762
	XIII. Durch tierische Parasiten hervorgerufene Krankheiten.										
159	Filariakrankheit	1	19	20	7	.	9	16	4	214	134
160	Anchylostomiasis	1	22	23	12	3	.	15	8	574	33
161	Bilharzia	.	10	10	3	1	6	10	.	122	5
162	Leberechinokokkus	.	1	1	.	.	.	.	1	58	.
163	Eingeweidewürmer	.	53	53	45	2	6	53	.	58	121
164	Ringwurm	.	6	6	6	.	.	6	.	.	97
165	Krätze	1	116	117	111	.	6	117	.	71	611
166	Sandflohgeschwüre	5	474	479	392	4	66	462	17	746	6724
	Summe XIII	8	701	709	576	10	93	679	30	1843	7725
	XIV. Frauenkrankheiten.										
167	Entbindung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
168	Erkrankungen der Gebärmutter	.	20	20	19	1		20	.	212	22
169	Gebärmuttervorfall	.	1	1	1	.	.	1	.	26	.
170	Scheidenkatarrh	.	4	4	4	.	.	4	.	28	9
171	Scheidenblutung	.	1	1	1	.	.	1	.	10	.
172	Scheidentripper	.	1	1	1	.	.	1	.	24	.
173	Verengerung der Scheide	1	1	2	1	.	1	2	.	15	10
174	Mastitis	.	4	4	3	.	1	4	.	1	42
175	Thrombose der Schenkelvene	.	1	1	.	.	1	1	.	29	.
176	Bartholinitis	.	3	3	3	.	.	3	.	28	28
177	Erosionen am Muttermund	.	4	4	4	.	.	4	.	15	27
178	Eierstockgeschwulst	.	1	1	.	.	1	1	.	12	.
179	Postpuerperale Lähmung	.	1	1	.	.	.	.	1	.	11
180	Zangengeburt	.	1	1	1	.	.	1	.	2	.
	Summe XIV	1	44	45	39	1	4	44	1	402	151

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
	XV. Andere Krankheiten.										
181	Allgemeine Körperschwäche .	1	12	13	2	7	3	12	1	49	35
182	Altersschwäche	.	10	10	3	6	1	10	.	68	66
183	Schlafkrankheit	3	35	38	.	31	1	32	6	1209	9
	Summe XV	4	57	61	5	44	5	54	7	1326	110
184	**XVI. Zur Beobachtung** . .	1	29	30	12	2	16	30	.	248	51
	Summe XVI	1	29	30	12	2	16	30	.	248	51

Zusammenstellung der Gruppen.

Gruppe I	21	1537	1558	1257	74	205	1536	22	6214	6399
„ II	1	47	48	24	12	11	47	1	417	171
„ III	14	1132	1146	947	49	124	1120	26	3252	7236
„ IV	7	152	159	118	8	25	151	8	1047	1544
„ V	20	1262	1282	1097	35	130	1262	20	1825	6452
„ VI	5	73	78	45	7	19	71	7	1192	621
„ VII	64	989	1053	881	9	125	1015	38	16554	8883
„ VIII	7	449	456	409	.	42	451	5	1101	3218
„ IX	5	216	221	170	.	43	213	8	194	2510
„ X	132	2796	2928	2269	18	421	2708	220	11240	54518
„ XI	8	291	299	244	5	41	290	9	1089	2482
„ XII	62	1790	1852	1600	22	145	1767	85	7211	19762
„ XIII	8	701	709	576	10	93	679	30	1843	7725
„ XIV	1	44	45	39	1	4	44	1	402	151
„ XV	4	57	61	5	44	5	54	7	1326	110
„ XVI	1	29	30	12	2	16	30	.	248	51
Gesamtsumme	360	11565	11925	9693	296	1449	11438	487	55155	121833

Anlage IV.

Nachweisung

über die im Jahre 1904/05 verstorbenen Europäer.

Iststärke: etwa 1400.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
1	H.	männl.	26	—	1 Mon.	Selbstmord	Infolge Erdroßlung nach Malaria
2	C.	„	43	7 Jahre	ca. 4 Jahre	Dysenterie, Leberabszeß	
3	G.	weibl.	31	1½ „	1½ „	Chron. Nierenentzündung	
4	S.	männl.	.	—	—	Nierenentzündung	
5	E.	„	27	—	1 Mon.	Vergiftung durch Bienenstiche	
6	S. 1	„	32	—	4 Jahre	Schwarzwasserfieber, Herzschwäche	
7	S. 2	„	23	8 Mon.	8 Mon.	Malaria u. Schwarzwasserfieber	
8	S. 3	„	30	4 Jahre	4 Jahre	Schwarzwasserfieber	
9	B.	„	37	12 „	12 „	Linkss. Lungenentzündung	
10	B. 1	„	28	5 „	8 Mon.	Herzschlag	Nach vorangegang. Schufsverletzung am link. Unterarm
11	D.	„	30	—	1²/₁₂ Jahre	Schwarzwasserfieber	
12	M.	weibl.	24	1 Jahr	1 Jahr	Eklampsie während der Entbindung	
13	Q.	männl.	30	14 Jahre	14 Jahre	Malaria, Leberabszeß	
14	M. 1	„	49	—	2¹⁰/₁₂ „	Schwarzwasserfieber	
15	B. 2	„	33	Auf der Durchreise		Typhus und Malariafieber	
16	B. 3	„	30	—	7 Mon.	Schwarzwasserfieber	
17	S. 4	„	33	—	3 Jahre	Schwarzwasserfieber	
18	L.	„	.	—	3 Mon.	Gehirnentzündung und epileptische Krämpfe	
19	J.	weibl.	5	5 Jahre	5 Jahre	Darmkatarrh und Malaria	
20	S. 4	männl.	40	13 „	13 „	Chron. Malaria	
				Aufser ärztlicher Behandlung.			
21	L. 1	männl.	34	1 Jahr	1 Jahr	Sonnenstich	
22	P.	weibl.	30	(Nicht ermittelt)		Tuberkulose	
23	A.	„	27	1 Mon.	1 Mon.	Malariafieber	
24	D.	männl.	46	17 Jahre	17 Jahre	Brustkrankheit (?)	

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8
25	H.	männl.	44	12 Jahre	12 Jahre	Herzschlag	
26	V.	weibl.	1	—	1½ Mon.	Herzschwäche infolge Malaria	
27	W.	„	32	3 Jahre	3 Jahre	Herzschlag	
28	M. 2	männl.	24	—	2⁶/₁₂ „	Ermordung	
29	B. 4	„	37	(Nicht ermittelt)		(Nicht ermittelt)	
30	J. 1	„	Tage 5	5 Tage		Wundstarrkrampf	
31	T.	„	J. 33	(Nicht ermittelt)		(Nicht ermittelt)	
				Deutsche Militärpersonen.			
32	G. 1	männl.	26	2 Jahre	2 Jahre	Schwarzwasserfieber	
33	G. 2	„	32	6 „	6 „	Schuß durch die Brust	Unglücksfall auf Löwenjagd

Impf-

(Die fettgedruckten Zahlen

Die Impfung fand statt vom	bis	Ausgeführt durch	In welchem Impfbezirk und an welchen Orten
In der Zeit des Berichtsjahres		Stabsarzt Dr. Wittrock	Tanga . . . . .
		Stabsarzt Dr. Brückner	Tanga . . . . .
		San. Feldwebel Becher	Bagamojo, Kitopini, Kaule, Likonde, Jangwani, Kidete, Matimba, Hara
		Oberarzt Dr. Breuer	Daressalam . . . . .
		Oberarzt Dr. Grothusen	„ . . . . .
		Stabsarzt Dr Engeland	„ . . . . .
		Stabsarzt Dr. Exner	„ . . . . .
		Stabsarzt Dr. Wiehe	„ . . . . .
		Assistenzarzt Dr. Neubert	„ . . . . .
16. 4. 04 13. 5. 04	9. 5. 04 11. 6. 04	San. Sergt. Ludszuweit	Lindi V. Bezirk Umbenkau, Matawka
2. 8. 04	17. 10. 04	San. Sergt. Leder	Ssongea, Bezirk I, IV und IX . .
5. 5. 04	18. 6. 04	San. Sergt. Knispel	Mahenge und Landschaft Upogoro .
März 05		Oberarzt Dr. Breuer	Station Mpapua u. nächste Umgebung
September bis Oktober 1904		Stabsarzt Dr. Wiehe	Kilimatinde . . . . .
		Stabsarzt Dr. Skrodzki	Tabora, I. Bezirk . . . . .
23. 11. 04		Oberarzt Dr. Grothusen	Station Tabora . . . . .
8. 4. 04	21. 4. 04	Stabsarzt Dr. Schörnich	Usumbura, Impfbezirk II Tschiwitoke Bukoba, I Impfbezirk Ishangi, Kitare, Buschasha, Bugange . .
14. 9 04	20. 9. 04	San. Sergt. Steffenhagen	
3. 11. 04	3. 12. 04	Stabsarzt Dr. Feldmann	Bukoba, II. Bezirk Kijanja . . . .
Im Berichtsjahr		Stabsarzt Dr. Schelle	Neu-Langenburg, Unjita, Wiedhafen
31. 3. 05		Stabs-Sergt. Zimmermann	Neu-Langenburg, Kondoa-Oberland, Kl. Bagamojo . . . . .

Anlage V.

Übersicht.

bedeuten: bereits früher geimpft.)

a. Europa-Lymphe		b. von Arm zu Arm		c. mit selbstgew. Lymphe		Gesamt-Summe	Davon mit Erfolg
Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder	Erwachsene	Kinder		
527 (26)	161 (1)	.	.	.	.	688 (27)	25. Die übrigen sind zur Nachschau nicht erschienen
25 (12)	85 (76)	.	.	.	.	110 (88)	78
930	681	871	529	.	.	3011	1139
10 (10)	.	.	.	.	.	10 (10)	7 (7)
3	143 (64)	.	.	.	.	146 (64)	56 (22)
2480	.	.	.	.	.	2480	etwa 1400
167 (56)	.	.	.	.	.	167 (56)	123 (25)
13 (13)	.	.	.	.	.	13 (13)	7 (7)
6 (6)	.	.	.	.	.	6 (6)	2 (2)
2458	209	.	.	.	.	2667	nicht festgestellt
1476	718	.	.	.	.	2194	„
684 (11)	172 (26)	183 (1)	69	.	.	1108 (38)	etwa 750 (6)
18	125	.	.	.	.	143	52
.	.	.	.	200	100	300	nicht festgestellt
56	283	.	.	70	98	507	„
.	.	.	.	14	.	14	14 neg.
9	109	.	.	.	.	118	nicht festgestellt
580 (37)	258 (15)	.	.	.	.	838 (52)	754
594	1146	.	.	.	.	1740	1623
477	856	632	341	4799	4763	11868	etwa 70 %
.	.	86 (5)	12 (2)	.	.	98 (7)	63 (1)
10513 (171)	4946 (182)	1772 (6)	951 (2)	5083	4961	28226 (361)	
15 459		2723		10 044			

Anlage VI.

Monatliche Regenmengen

für

Monat	Daressalam. 02/03	Daressalam. 03/04	Daressalam. 04/05	Tanga. 02/03	Tanga. 03/04	Tanga. 04/05
April	228,3	189,5	523,6	229,5	79,9	374,5
Mai	238,1	144,1	219,5	305,1	227,2	566,8
Juni	16,8	7,0	100,0	43,5	19,0	152,1
Juli	59,9	24,9	36,1	110,3	126,2	92,4
August	0,7	107,5	15,5	39,9	133,6	41,5
September	29,7	35,2	29,8	58,5	27,8	87,3
Oktober	120,2	13,4	24,7	246,1	8,8	87,7
November	224,6	17,2	160,1	381,7	46,6	244,7
Dezember	246,1	242,9	41,2	193,0	128,6	19,2
Januar	79,1	127,9	30,0	62,5	13,3	2,5
Februar	103,2	20,4	25,9	112,6	2,7	2,8
März	249,5	115,1	164,6	3,9	—	124,6
	1596,2	1045,1	1371,0	1786,1	813,7	1796,1

Zahl der Malariakranken in Prozenten im Jahre.

Monat	Daressalam 02/03	Daressalam 03/04	Daressalam 04/05	Tanga 02/03	Tanga 03/04	Tanga 04/05
April bis März	73,9 %	42,2 %	35,8 %	111 %	37,8 %	83,4 %

Anlage VII.

Zahl der Malaria-Erkrankungen.

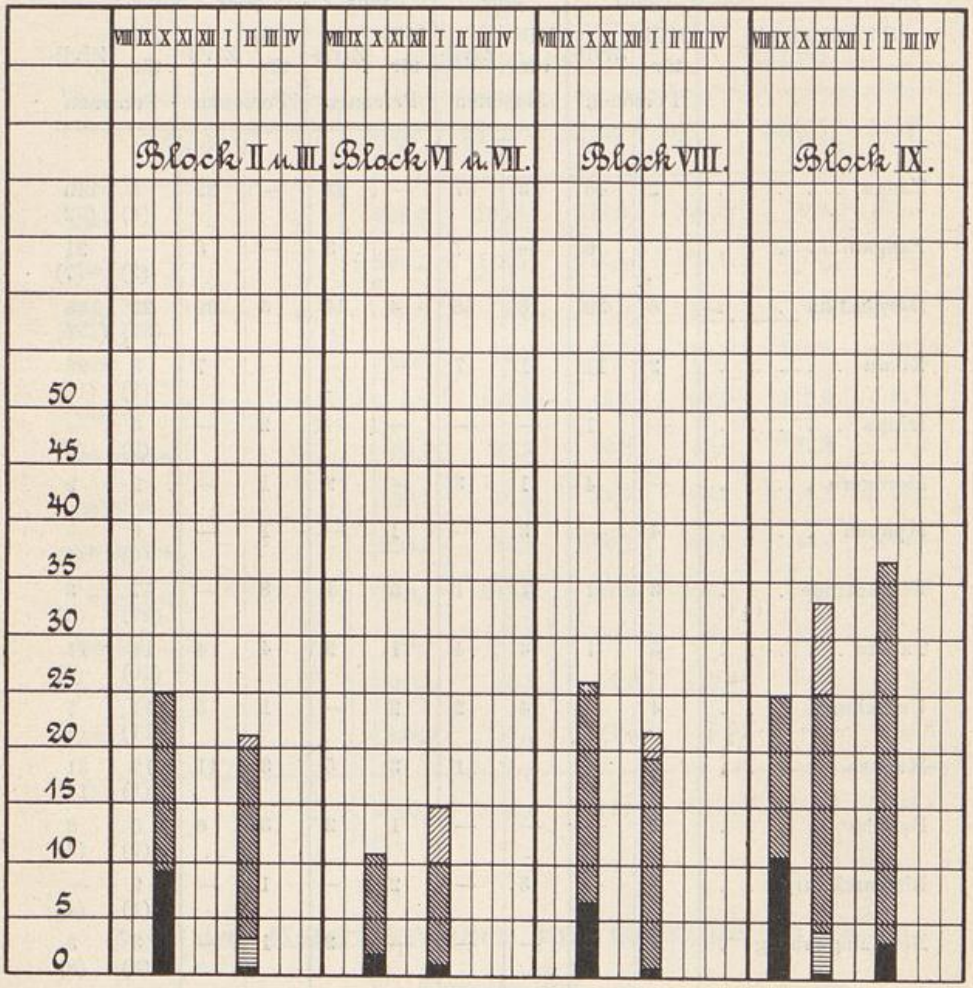
Stationen	I. Vierteljahr		II. Vierteljahr		III. Vierteljahr		IV. Vierteljahr		Summe	
	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-
	Personen		Personen		Personen		Personen		Personen	
Tanga	2	48	3	57	—	22	—	22	5 (4)	149 (52)
Pangani	—	6	—	7	—	3	—	5	— (2)	21 (7)
Daressalam . . .	8	30	8	58	4	45	3	32	23 (33)	165 (126)
Kilwa	2	11	1	7	—	—	—	7	3 (9)	25 (12)
Iringa	—	1	—	—	—	—	2	—	3 (0)	— (3)
Morogoro	—	4	1	3	—	2	1	—	2	9
Mpapua	4	—	3	—	1	—	1	—	9 (6)	— (1)
Kilimatinde . . .	3	1	1	1	5	1	8	—	17 (22)	3 (4)
Tabora	5	1	4	4	1	2	4	4	14 (10)	11 (6)
Usumbura . . .	4	—	4	2	2	—	1	5	11 (11)	7 (1)
Muansa	6	4	—	11	3	5	3	11	12 (3)	31 (11)
Bukoba	1	—	—	—	1	2	3	6	5 (2)	8 (4)
Bismarckburg . .	1	—	5	—	2	—	1	—	9 (4)	— (4)
Neu-Langenburg .	1	2	—	—	—	2	1	—	3 (3)	3 (8)
Moschi	—	—	—	6	—	3	—	—	— (2)	9 (4)
Wugiri	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2

Die eingeklammerten Ziffern geben die Zahlen des Vorjahres.

Anlage VIII.

Tafel I.

Stadtteile mit überwiegender Inderbevölkerung (B).

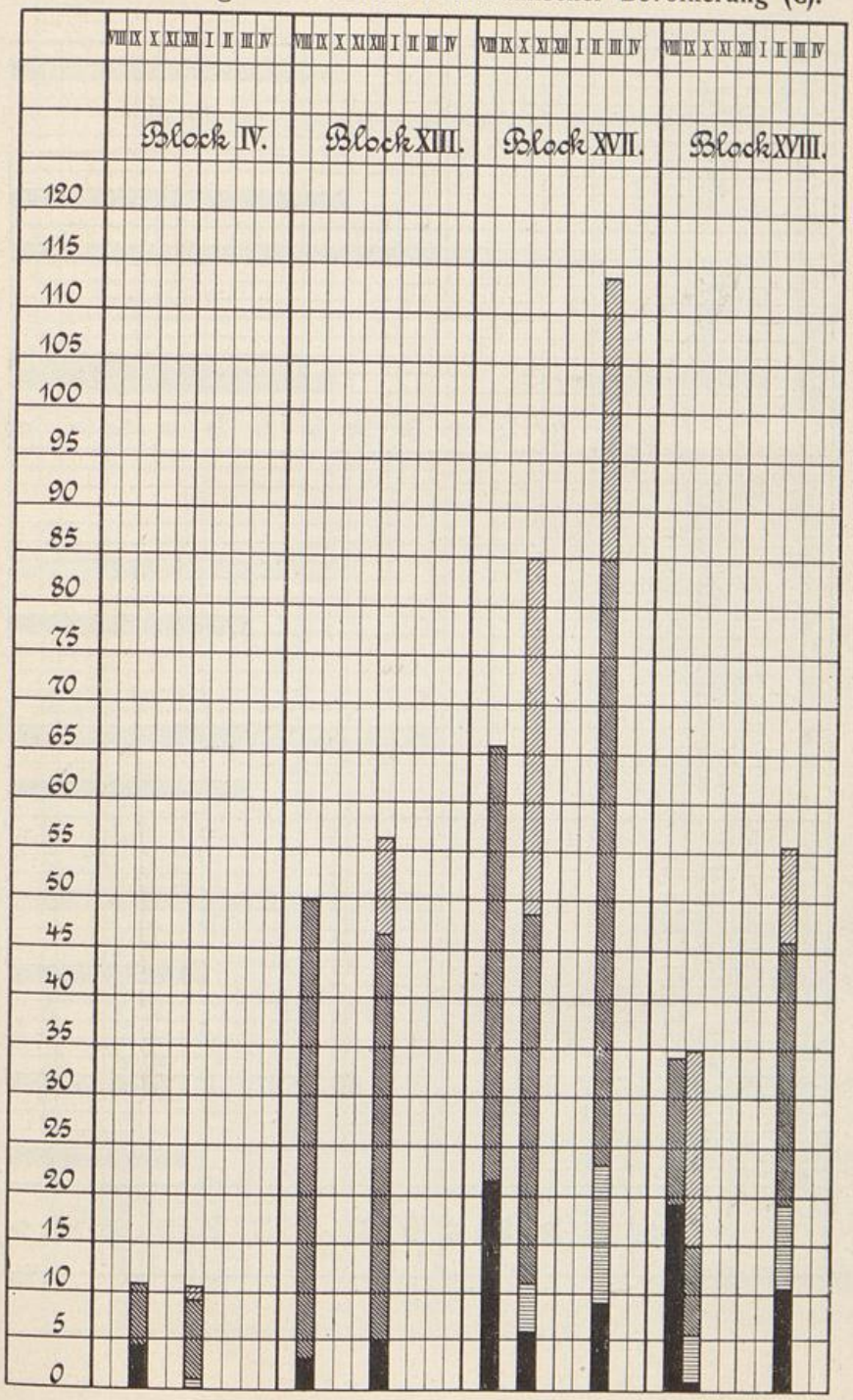


Stand der Malaria unter den Kindern.

Erläuterung S. 29—30.

Tafel II.

Stadtteile mit gemischt asiatisch-afrikanischer Bevölkerung (C).

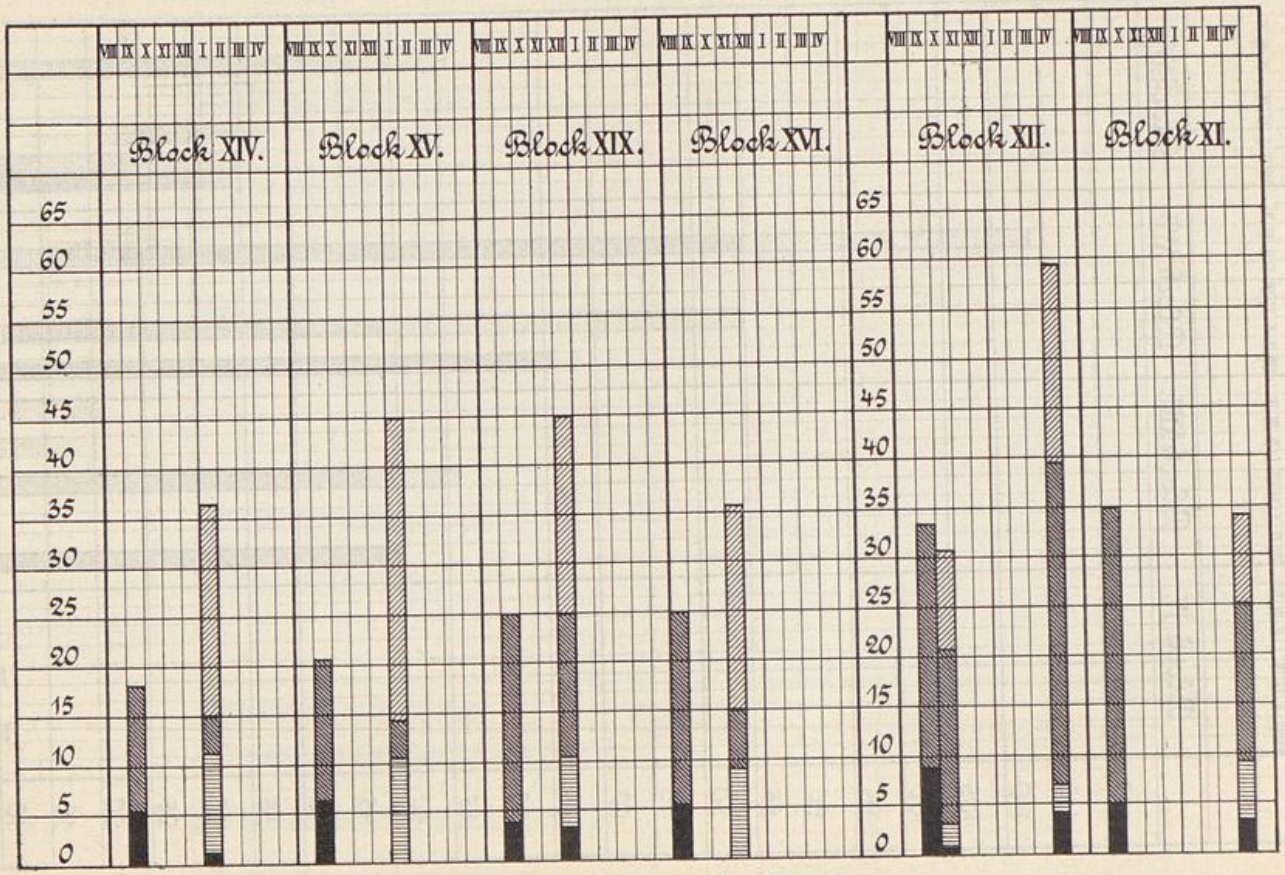


Stand der Malaria unter den Kindern.

Erläuterung S. 29—30.

Tafel III.

Stadtteile mit überwiegender Negerbevölkerung (D).

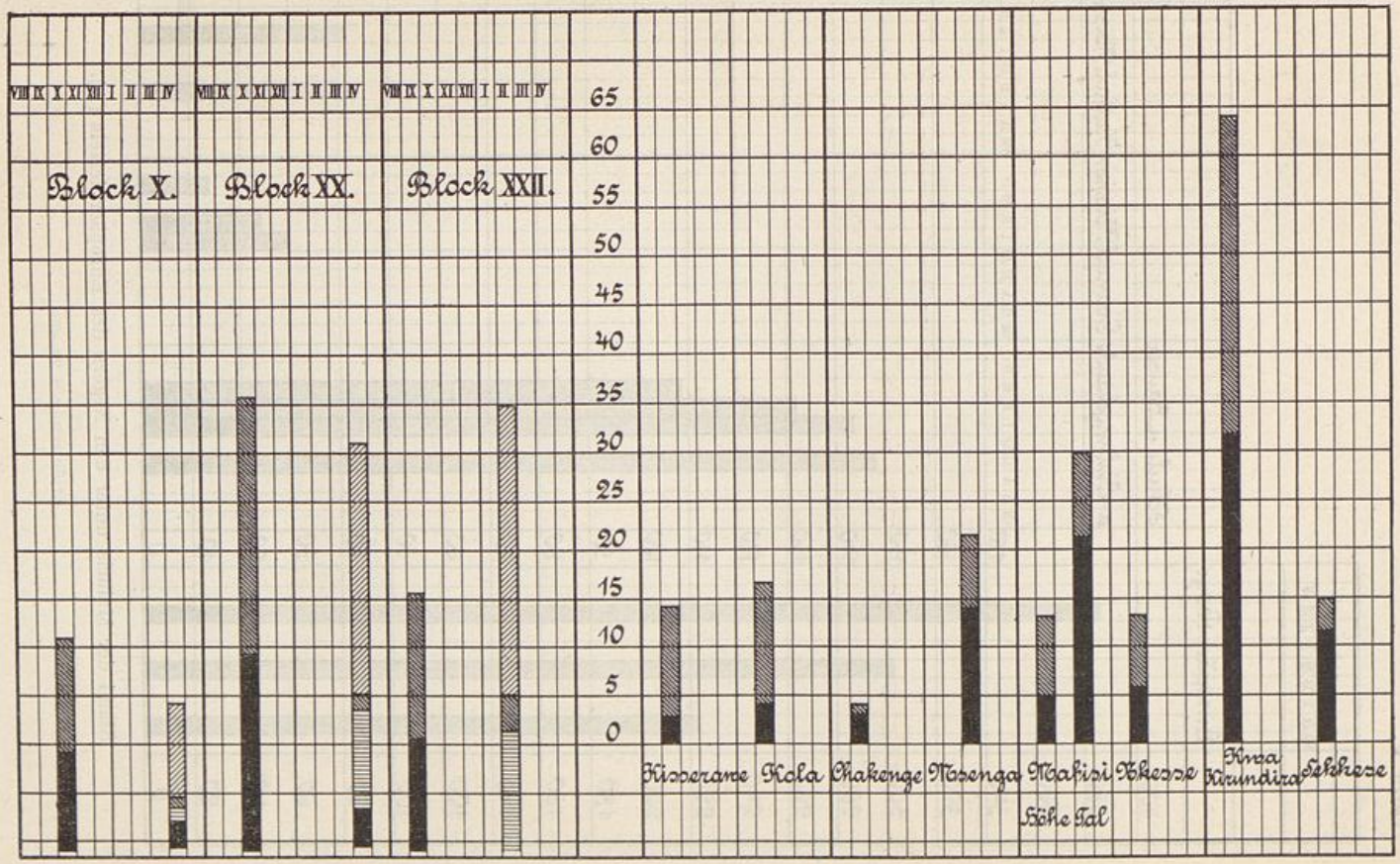


Stand der Malaria unter den Kindern.

Erläuterung S. 29—30.

Tafel IV.

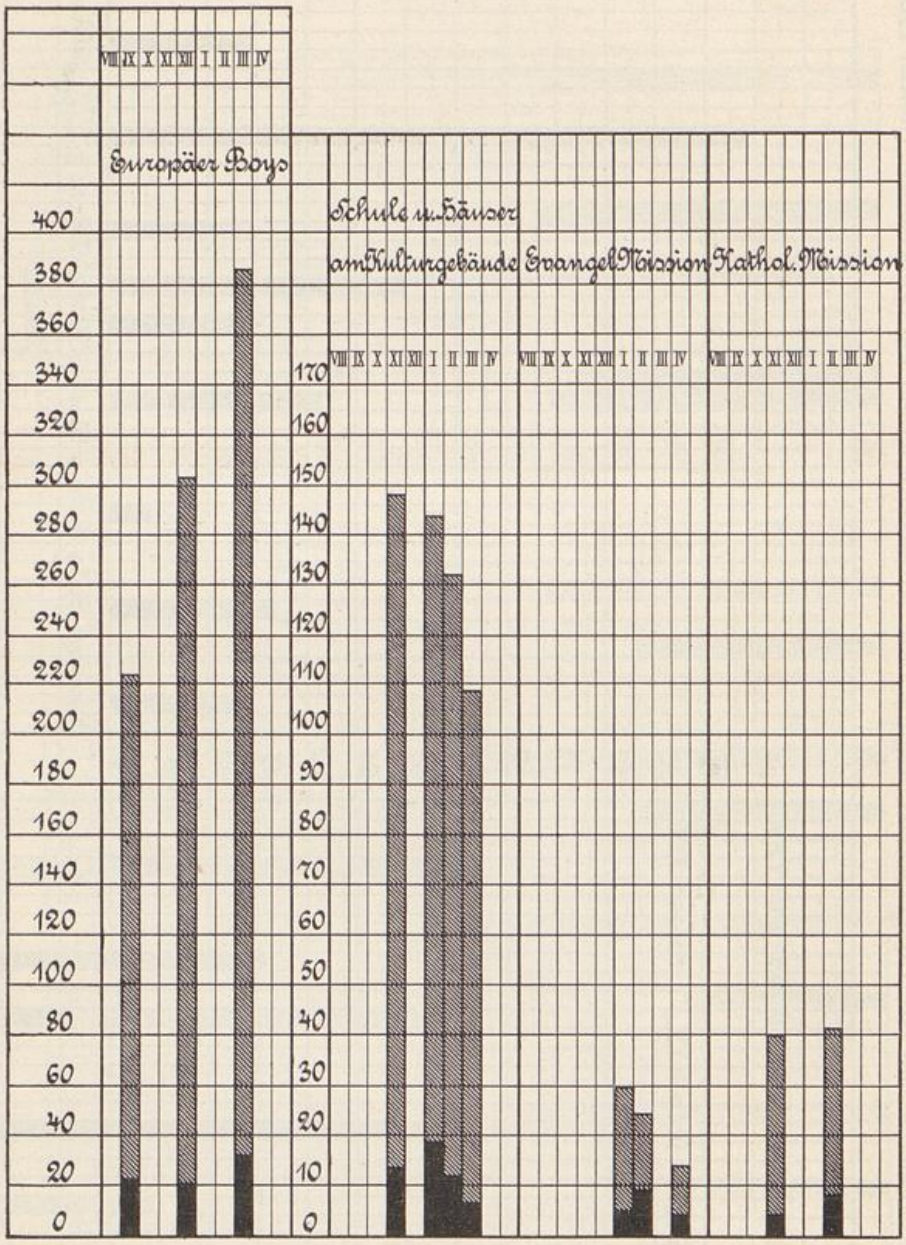
a. Periphere Stadtteile mit reiner Negerbevölkerung (E). b. Ortschaften an der Karawanenstraße (Januar 1904).



Stand der Malaria unter den Kindern.

Erläuterung S. 29—30.

Tafel V.



Stand der Malaria unter den Negern des Europäerviertels (A).

Erläuterung S. 29—30.

Zu: Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete. 1904/05.

Situationsplan
der Stadt
Dar-es-Salam

- ☐ Europäerviertel.
- ▨ Periphere Stadtteile mit reiner Negerbevölkerung.
- ▦ Wohnstätten von Eingeborenen im Europäerviertel.
- ▥ Stadtteile mit vorwiegend indischer Bevölkerung.
- ▤ Stadtteile mit vorwiegend afrikanischer Bevölkerung.
- ▧ Stadtteile mit gemischt asiat.-afrik. Bevölkerung.

Maßstab 1:10000

100 50 0 100 200 300 400 500 m

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

Anlage X.

Übersicht über die Schwarzwasserfieberfälle.

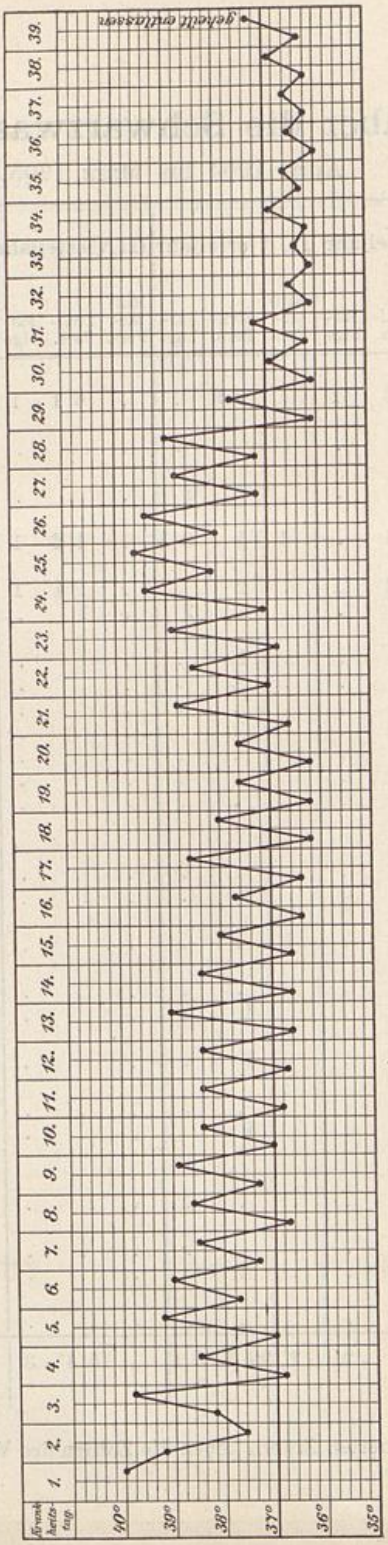
April 1904 bis März 1905.

Station	I. Vierteljahr			II. Vierteljahr			III. Vierteljahr			IV. Vierteljahr			Im ganzen		
	Militär-Pers.	Zivil-Pers.	Farbige	Militär-Pers.	Zivil-Pers.	Farbige	Militär-Pers.	Zivil-Pers.	Farbige	Militär-Pers.	Zivil-Pers.	Farbige	Militär-Pers	Zivil-Pers.	Farbige
Tanga	.	6	1	.	9 **3**	.	.	6 **1**	1	.	2	.	0 (1)	23 **4** (4)	2 (2)
Pangani	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0 (5)
Bagamojo	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	1 (0)	1 (2)
Daressalam	.	2	.	1	5	2 **1**	.	4 **2**	1	.	.	.	1 (3)	11 **2** (6)	3 **1** (1)
Mohoro	.	2	1	.	2	.	.	1 **1**	1	.	1	.	.	6 **1**	2
Kilwa	.	.	.	.	.	2	.	1	.	.	.	.	. (1)	1 (2)	2
Lindi	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	(1)	2	(1)
Ssongea	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mahenge	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Morogoro	.	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	.
Iringa	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	(2)	.
Mpapua	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kondoa-Irangi	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.
Kilimatinde	1 **1**	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1 (1)	. (1)	.
Tabora	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Udjidji	.	.	.	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	2 (4)	. (1)
Usumbura	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1 (1)	.	.
Schirati	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	(1)	.	.
Muansa	.	2	.	.	1	.	.	.	.	1	1	.	1	4 (1)	.
Bukoba	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	2 (1)	.
Bismarckburg	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	(1)	.
Neu-Langenburg	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	. (1)	1 (1)	.
Amani-Wilhelmstal	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1 (1)	.
Moschi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	(2)	(1)
Aruscha	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	1 (0)	.
Wugiri	.	.	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.
	2 **1**	16	2	2	22 **3**	5 **1**	.	15 **4**	3	1	5	.	5 **1** (10)	58 **7** (32)	10 **1** (8)

NB. Die eingeklammerten Ziffern geben die Zahlen des Vorjahres; die fettgedruckten Zahlen bedeuten Todesfälle.

Anlage XI.

Fiebertabelle (Maltafieber).



Anlage XII.

Aufnahme von einem Fall von Noma.

II. Kamerun.

A. Duala.

(Berichterstatter Regierungsarzt Marinestabsarzt Dr. Waldow.)

I. Besonderer Teil.

a. Europäer.

1. Iststärke.

Die Iststärke der im Bezirk Duala ansässigen Europäer mit Ausnahme der Schutztruppe betrug im Berichtszeitraum 164 Personen.

2. Krankenbewegung.

Im Bestand waren am 1. April 1904 im Regierungskrankenhause zu Duala 6 Kranke.

Der Zugang im Berichtsjahr beträgt 157 Kranke, und zwar verteilt sich derselbe auf die einzelnen Monate des Jahres folgendermaßen: April 9, Mai 5, Juni 12, Juli 19, August 16, September 19, Oktober 19, November 15, Dezember 14, Januar 10, Februar 6 und März 13 Kranke. Den höchsten Krankenzugang weisen demnach wie fast alljährlich die Monate Juli bis Oktober — Regenzeit — auf. Ihrem Berufe nach gehörten 64 Kranke des Zugangs zu den Beamten des Gouvernements, 13 zur Schutztruppe, 1 zur Kaiserlichen Marine, 4 gehörten Missionen an und 75 waren Privatpersonen (Pflanzer, Kaufleute, Seeleute von Handelsschiffen usw.).

Im ganzen wurden — Bestand und Zugang — 163 Kranke im Berichtsjahr im Hospital behandelt.

Geheilt bzw. dienstfähig konnten 146 Patienten entlassen werden.

Es starben 7 Kranke. Die Todesursache war zweimal Herzschwäche bei Malariafieber, dreimal Schwarzwasserfieber, zweimal

erfolgte der Tod infolge Einwirkung äußerer Gewalt, Schußverletzung bzw. Quetschung des ganzen Körpers.

Anderweitig gingen 3 Patienten ab, welche als tropendienstunfähig in die Heimat gesandt wurden.

7 Kranke verbleiben am 31. März im Bestand.

Die Summe der Behandlungstage beträgt 1881, das sind bei 163 Behandelten im Durchschnitt 11,5 Behandlungstage.

Täglich standen 5,2 Kranke in Hospitalverpflegung.

Im Jahre	1900/01	9 Monate 1901/02 1. Juli 1901 bis 31. März 1902	1902/03	1903/04	1904/05
Kranke	273	98	187	158	163
Behandlungstage	2742	1162	2548	1859	1881
Durchschnittliche Behandlungsdauer	10,0	11,9	13,6	11,8	11,5
Täglicher Krankenstand	7,5	4,2	7,0	5,1	5,2

Außerhalb der Hospitalbehandlung verstarben im Bezirk Duala noch 2 Personen, 1 Offizier eines Woermann-Dampfers an Bord seines Schiffes (Herzschwäche bei Malariafieber) und 1 Missionar an Schwarzwasserfieber. Die Gesamtzahl der Todesfälle beträgt somit

innerhalb des Hospitals	7
außerhalb des Hospitals	2
in Summa	9

Die Sterblichkeit pro Tausend beträgt, wenn man die beiden durch Unglücksfall bedingten Todesfälle — die Betreffenden zählten außerdem nicht zur angegebenen Iststärke — ausscheidet, 7 Tote auf 164 Europäer = 42,7 pro Tausend oder 4,3%. Die Sterblichkeitsziffer ist demnach auch in diesem Jahre um etwas geringer geworden, im Vorjahr betrug sie 46,0 pro Tausend.

Klinischer Bericht.

Malariafieber.

Im Bestand waren 3 Fälle, 80 Fälle gingen im Berichtsjahr zu. Geheilt entlassen wurden 75 Patienten, 2 starben, 2 gingen anderweitig ab, im Bestand bleiben 4. Bei den Zugängen han-

delte es sich in 30 Fällen um Ersterkrankungen, in 50 Fällen um Rückfälle.

Von den beiden tödlich verlaufenen Fällen betraf der erste einen Wegebauer des Gouvernements. Derselbe hatte schon längere Zeit unter sehr ungünstigen Verhältnissen im Busch gelebt und litt seit Wochen an heftigen Durchfällen. Als sich dazu noch eine Malariaerkrankung gesellte, suchte er die Hospitalbehandlung auf. Im Hospital trat nach dreitägigem Aufenthalt ohne wahrnehmbaren äußeren Grund Tetanus auf und erfolgte der Tod am achten Behandlungstage.

Der zweite Fall betraf einen seit acht Jahren in den Tropen, seit drei Jahren in Kamerun ansässigen Kaufmann. Derselbe hatte sehr wenig an Fieber gelitten und sich prinzipiell jeder Prophylaxe enthalten. Das anfangs remittierende Fieber wurde trotz Chinin (subkutan und per os) kontinuierlich und sehr hoch, der Tod trat am 15. Krankheitstage unter Herzschwäche ein.

Schwarzwasserfieber.

Es kamen 18 Patienten in Zugang, von denen 15 geheilt wurden, 3 starben.

Bei einem der tödlich verlaufenden Fälle handelte es sich um einen 27jährigen Mann, der, nachdem er mehrere Malariafieber im Busch überstanden hatte, in äußerst herabgekommenem Körperzustand mit hohem Fieber ins Hospital kam. Nachdem am vierten Krankheitstage der Urin blutfrei geworden war, blieb bei großer Körperschwäche andauernd mittelhohes Fieber bestehen, am elften Krankheitstage trat unter steilem Temperaturanstieg bis über 40,0 Grad der Tod unter Herzschwäche ein.

Ebenso verstarben die anderen beiden Fälle an Herzschwäche nach bereits abgelaufenem Schwarzwasserfieber.

Besonders schwer verliefen vier weitere Fälle, die geheilt wurden. Es bestand andauernd hohes Fieber, was die Rekonvaleszenz sehr langwierig machte.

Die nach überstandenem Schwarzwasserfieber wieder auftretende Malaria ließ sich durch auffallend geringe Dosen Chinin — es genügten in diesen Fällen etwa 0,5 Gramm Chinin — beseitigen.

Dysenterie.

4 Zugangsfälle, die sämtlich dienstfähig entlassen wurden, betrafen 3 Neuerkrankungen, 1 Rückfall. Eine besondere Ansteckungsgelegenheit konnte in keinem Fall nachgewiesen werden.

Andere Infektions- und allgemeine Erkrankungen.

In Zugang kamen 4 Fälle von Maltafieber, 1 Fall von Sonnenstich, 1 von Blutarmut.

In allen 6 Fällen trat Heilung ein.

Krankheiten des Nervensystems.

1 Fall von Neurasthenie wurde nach neuntägiger Behandlung geheilt entlassen.

Andere Krankheiten der Atmungsorgane.

Betrifft 1 Fall von akutem Bronchialkatarrh, der in 17 Tagen zur Heilung kam.

Krankheiten der Zirkulationsorgane.

Es gingen zu: 1 Fall von nervösem Herzklopfen, 1 Fall von Venenentzündung, 1 Fall von Lymphgefäßentzündung, die sämtlich dienstfähig entlassen wurden.

Krankheiten der Ernährungsorgane.

Mit 13 Fällen Zugang vertreten. Es handelte sich um 6 Fälle mit akutem Magenkatarrh — einmal durch Einatmen von Kohlendioxyd entstanden —, einmal um akuten, einmal um chronischen Darmkatarrh, einmal um Blinddarmentzündung, einmal um katarrhalische Gelbsucht, einmal um Gallensteinkolik, zweimal um Bandwurm (1 Taenia solium, 1 Taenia saginata). Geheilt wurden 12 Patienten, 1 bleibt im Bestand.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Frauenkrankheiten.

1 Fall von Nierenentzündung, 1 von Blasenkatarrh, 1 Fall von angeborener Phimose, die operiert werden mußte, und 1 Fall von Frauenkrankheit kamen in Zugang. Sämtliche Patienten wurden geheilt.

Venerische Krankheiten.

1 Fall von Tripper, kompliziert mit Gelenkrheumatismus, war im Bestand.

Der betreffende Kranke wurde vor erfolgter Heilung, da seine Dienstzeit abgelaufen war, aus dem Hospital entlassen, doch war schon eine wesentliche Besserung, besonders des Gelenkrheumatismus, eingetreten. Ein zweiter Fall aus dem Bestand betraf Syphilis und konnte nach weiteren 23 Behandlungstagen dienstfähig entlassen werden.

Bei den 6 Zugängen handelte es sich um 1 Fall von weichem Schanker, 3 Fälle von Syphilis (1 Neuerkrankung in Duala, 1 Neuerkrankung in Hamburg infiziert, 1 Rückfall einer vor eineinhalb

Jahren in Rotterdam erworbenen Erkrankung) und 2 Fälle von Bubo, die geheilt bzw. dienstfähig aus dem Hospital entlassen wurden.

Ohrenkrankheiten.

1 Fall von Entzündung beider Gehörgänge wurde nach 18tägiger Behandlung geheilt entlassen.

Krankheiten der äufseren Bedeckungen.

1 Fall von tiefen, multiplen Muskelabszessen war im Bestand und ging in Heilung aus.

8 Kranke gingen zu, und zwar litten 3 an Zellgewebsentzündungen, 2 an Furunkeln, 1 an Ödem an der linken Hand und Unterarm, 2 an Abszessen.

Von den genannten Krankheiten waren fast alles leichtere Fälle. Nur ein Fall von Abszeß in der Bauchwand und am linken Hüftgelenk erforderte größere operative Eingriffe in der Chloroformnarkose. Nach Eröffnung der hinter dem linken geraden Bauchmuskel und unter dem großen Gesäßmuskel liegenden Eiterherde erfolgte schnelle Besserung. Der Fall bleibt im Bestand.

Mechanische Verletzungen.

Es gingen 3 Fälle zu.

Ein Fall von Schußwunde des Unterleibs, die einen Abszeß in der Bauchhöhle und der Leber zur Folge hatte, endete tödlich. Es betraf den Kapitän eines hier liegenden Woermanndampfers, dem eine Woche vorher auf See beim Entzünden eines Kanonenschlags ein Eisenteilchen in die Bauchhöhle zwischen Nabel und Schwertfortsatz eindrang. Er wurde in hoffnungslosem Zustande dem Hospital überwiesen. Die am Tage nach der Aufnahme vorgenommene Öffnung der Bauchhöhle und des Abszesses vor und in der Leber vermochte die bestehende allgemeine Sepsis nicht mehr aufzuhalten. Der Kranke starb am Tage nach der Operation.

Durch die Obduktion wurde ein Abszeß vor und hinter der Leber festgestellt, die beide durch einen Kanal durch die Leber verbunden waren. Hinter der Leber im Zwerchfell wurde ein etwa zehnpfennigstückgroßes Eisenteilchen gefunden.

Beim Probieren der Ankerlichtmaschine wurde der erste Offizier des Dampfers „Ado“ der Woermann-Linie am Jackenärmel von der Handkurbelwelle gefaßt und einmal herumgeschleudert, trotzdem die Maschine sofort gestoppt wurde. Hierbei erlitt er einen vierfachen Bruch des linken Armes (zwei komplizierte), einen einfachen Bruch des rechten Armes, einen Bruch des rechten Oberschenkels im Kniegelenk, einen Bruch des linken Unterschenkels im Kniegelenk und Quetschungen

des ganzen Körpers. Die Verletzung war etwa um ½7 Uhr a. m. erfolgt, der Tod trat 9½ Uhr a. m. ein unter Herzlähmung.

Ein Fall von Bruch des linken Schlüsselbeines mit achttägiger Behandlung betrifft einen Maschinisten von einem englischen Dampfer.

Rekonvaleszenz.

6 Patienten, die außerhalb Duala an Schwarzwasserfieber erkrankt waren, kamen nach abgelaufener Erkrankung zwecks völliger Wiederherstellung in Hospitalbehandlung. 2 Leute, die an schwerer Malaria gelitten hatten, kamen aus dem gleichen Grunde in Hospitalbehandlung. Bei einem der letztgenannten Fälle wurde eine erhebliche Beeinträchtigung des Gedächtnisses beobachtet.

7 Fälle kamen dienstfähig zur Entlassung, 1 bleibt im Bestand.

Zur Beobachtung

wurde 1 Gouvernementsbeamter im Hospital aufgenommen. Es bestand Verdacht auf Epilepsie, doch konnte durch die Beobachtung die Krankheit nicht festgestellt werden.

---

b. Farbige.

Im Farbigenhospital waren am 1. April 1904 im Bestand 12 Kranke, es gingen im Berichtszeitraum 525 Patienten zu, so daß zusammen 537 Personen behandelt wurden.

Im April kamen 34, Mai 34, Juni 34, Juli 47, August 51, September 27, Oktober 44, November 41, Dezember 37, Januar 77, Februar 49, März 50 Kranke in Zugang.

Geheilt entlassen wurden 464 Patienten.

Es starben 49, und zwar 21 an Dysenterie, 1 an Sepsis nach Totgeburt, 1 an Lepra, 1 an Beri-Beri, 2 an Hirnhautentzündung, 7 an Lungenentzündung, 1 an Bronchialkatarrh, 2 an Brustfellentzündung, 1 an Herzlähmung, 1 an eitriger Herzbeutel- und Brustfellentzündung, 3 an Darmkatarrh, 1 an Leberabszeß, 1 an Nierenentzündung, 1 an Hodenentzündung, 1 an eitriger Kniegelenkentzündung, 2 an Quetschung innerer Organe des Unterleibs, 1 an Hiebwunden und 1 an Schußverletzung.

1 Fall von Elephantiasis ging anderweitig (gebessert) ab.

Am 31. März 1905 bleiben 23 Kranke im Bestand.

Die Zahl der Behandlungstage im Hospital beträgt 8668, die durchschnittliche Behandlungsdauer 16,1 Tage; täglich wurden 23,7 Personen im Hospital verpflegt.

In der Poliklinik wurden 3867 Personen behandelt.

Malariafieber.

Von 30 Zugangsfällen gingen 29 geheilt ab, 1 bleibt im Bestand. Kompliziert war die Krankheit einmal mit Lungenentzündung, einmal war sie zur Kachexie fortgeschritten. Im allgemeinen zeigte sich Chinin wirksam, wenngleich die chronischen Vergrößerungen der Milz dadurch unbeeinflußt blieben.

Dysenterie.

Es gingen 66 Kranke zu. Von diesen wurden 40 geheilt, 21 starben, 5 bleiben im Bestand.

Die tödlich verlaufenen Fälle betrafen Leute, welche vorher unter ungünstigen Lebensbedingungen gestanden, teilweise bis zum Skelett abgemagert waren, ehe sie in Lazarettbehandlung kamen.

Andere Infektions- und allgemeine Erkrankungen.

Im Bestande waren 2 Fälle von Gelenkrheumatismus, 1 Fall von Windpocken. Es gingen zu: 8 Fälle von echten Pocken, 40 Fälle von Windpocken, 1 Fall von Septicämie nach Totgeburt, 1 Fall von Carcinom, 1 Fall von Blutarmut, 6 Fälle von Beri-Beri, 2 Fälle von Filariosis (Elephantiasis), 1 Fall von Lepra.

Die Pockenerkrankungen waren milde, zeigten typisches Exanthem, jedoch fehlte das Eiterfieber.

Die Fälle von Windpocken kamen fast sämtlich aus dem Polizeigefängnis in Zugang. Desinfektionen und Durchimpfung der Gefangenen, Absonderung der Erkrankten verhinderten die Weiterverbreitung der Krankheit.

Eine Frau starb an Sepsis nach Totgeburt. Von dem Foetus war vor fünf Tagen Kopf und ein Arm geboren, der übrige Körper befand sich noch im Geburtskanal. Die Frucht war faulig. Nach Entfernung derselben zeigte sich die Scheide mit diphtherischem Belag bedeckt. Der Tod erfolgte noch am Abend des Aufnahmetages.

Bei einem Brustkrebs wurde die operative Entfernung der linken Brust und Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. Der Fall bleibt im Bestand.

Beri-Beri betraf vorwiegend farbige Schiffsleute und war sehr hartnäckig und durch die Hospitalbehandlung nur langsam zu bessern.

Ein Fall von Lepra verstarb.

Bei einem der an Elephantiasis leidenden Leuten wurde Filaria perstans im Blute festgestellt.

Krankheiten des Nervensystems.

Es gingen 7 Patienten zu, von denen 2 starben, 5 geheilt entlassen wurden.

Bei 4 Personen handelte es sich um Erkrankungen im Gebiet einzelner Nervenbahnen, und zwar einmal um Gürtelrose, einmal um Stirnhöhlenkatarrh, zweimal um Kopfschmerzen infolge Entzündung des Augenhöhlennervs.

2 Fälle von Hirnhautentzündung endeten tödlich.

Bei dem einen Patienten entwickelte sich das Leiden aus einer mehrere Tage vor der Aufnahme erhaltenen Verletzung des Kopfes mit einem Haumesser. Im zweiten Falle war die Ursache der Erkrankung nicht nachzuweisen.

Ein Fall von leichter Gehirnerschütterung kam in drei Tagen geheilt zur Entlassung.

Lungenentzündung

kam besonders häufig während der Regenzeit zur Beobachtung. Der Gesamtzugang beträgt 18 Fälle, von denen 7 starben, 11 geheilt wurden.

Andere Krankheiten der Atmungsorgane.

Als andere Leiden der Atmungsorgane kamen 32 Fälle von akutem Bronchialkatarrh, besonders häufig in der Regenzeit, ferner 3 Fälle von Brustfellentzündung vor.

Es starben 2 Patienten an Brustfellentzündung, 1 an Bronchialkatarrh.

Krankheiten der Zirkulationsorgane.

Im Bestand war 1 Fall von nervösem Herzklopfen.

Es kamen in Zugang: einmal eitrige Herzbeutelentzündung, kompliziert mit Brustfellentzündung, 1 Fall von Herzlähmung (beide gestorben), einmal Herzfehler, einmal Lymphgefäßentzündung, einmal Entzündung der Achselhöhlendrüsen.

Krankheiten der Ernährungsorgane.

Im Bestand war 1 Fall von akutem Darmkatarrh.

Es gingen 50 Kranke zu, von diesen litten 2 an Mundentzündung, 1 an tropischer Aphthen, 4 an Magenkatarrh, 34 an Darmkatarrh, 1 an Verstopfung, 4 an Leistenbrüchen, 1 an Leberabszeß, 1 an Leberschmerzen, 1 an Hämorrhoiden, 1 an Spulwürmern und Darmkatarrh.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Frauenkrankheiten.

5 Zugänge, von denen 4 geheilt wurden, 1 starb.

Von 2 Fällen von Nierenentzündung starb einer, der andere Fall, einen Waschmann betreffend, war insofern merkwürdig, als dort, trotzdem keine anderen Beschwerden als Kreuzschmerzen bestanden, der Urin einen Eiweißgehalt von 7 % zeigte.

1 Fall von Wassersucht wurde in achttägiger Behandlung geheilt.

Bei einer Frau wurde wegen Fehlgeburt die Gebärmutter ausgeräumt, bei einer anderen wurde eine Querlage mit Armvorfall durch Dekapitation des toten Kindes beseitigt. Beide Frauen wurden geheilt entlassen.

Venerische Krankheiten.

Bei den im ganzen 46 Zugängen handelte es sich um 13 Fälle von Tripper (2 kompliziert mit Nebenhodenentzündung), 6 Fälle von Hoden- bzw. Nebenhodenentzündung, 9 Fälle von Schanker (1 mit Bubo), 11 Fälle von Syphilis, kompliziert einmal mit Tripper und Schanker, einmal mit Tripper, einmal mit Malaria und Sehstörungen.

1 Patient starb.

Der Fall betrifft einen Patienten, der an beträchtlicher Hodenschwellung litt. Bei der Aufnahme schon in seinem Ernährungszustande aufs äußerste herabgekommen, trat der Tod, da auch noch fortwährend Fieber bestand, infolge allgemeiner Herzschwäche ein.

43 Patienten wurden geheilt entlassen, 2 blieben im Bestand.

Augenkrankheiten.

1 Fall von Hornhautgeschwür wurde als Bestand übernommen. Der Zugang betraf einmal Bindehautkatarrh, zweimal Hornhautgeschwür, einmal eitriges Hornhautgeschwür mit Iridocyclitis rechts infolge Trippers mit Ausgang in Erblindung auf dem befallenen Auge, einmal Regenbogenhautentzündung.

5 Patienten wurden geheilt bzw. dienstfähig entlassen, 1 bleibt im Bestand.

Ohrenkrankheiten.

2 Fälle von Mittelohrkatarrh kamen in Zugang. Hiervon wurde 1 geheilt entlassen, 1 bleibt im Bestand.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Vom Vorjahre waren 2 Fälle im Bestand. Es gingen zu: 1 Fall von Krätze, 1 Fall von Cro-Cro, 1 Fall von Ringwurm, 4 Fälle von Hautausschlag (Ekzem), 36 Fälle von Fuß- und Unterschenkelgeschwüren, 2 Fälle von Panaritium, 42 Fälle von Zellgewebsentzündung, 2 Fälle von Furunkel, 1 Fall von Balggeschwulst, 1 Fall von Frambösie, 4 Fälle von lokalen Ödemen.

Geheilt wurden 93 Patienten entlassen, 4 bleiben im Bestand.

Krankheiten der Bewegungsorgane.

Im Bestand waren 2 Kranke, 22 gingen zu, 23 wurden geheilt, 1 starb.

Der Zugang betrifft 10 Fälle von Gelenkentzündungen, von denen ein an eitriger Kniegelenkentzündung leidender Patient verstarb, ferner 12 Fälle von lokalem Muskelrheumatismus.

Mechanische Verletzungen.

1 Fall war im Bestand. Von den 75 Fällen des Zugangs betrafen: 6 Quetschungen der Weichteile ohne äußere Wunde, 2 Quetschungen innerer Organe des Unterleibs, davon 1 verbunden mit Beckenbruch, 5 Knochenbrüche des Unterschenkels, 1 der rechten großen Zehe, 1 des rechten Fußes, 4 Schußverletzungen, 29 Hieb- und Schnittwunden, 2 Stichwunden, 23 Riß- und Quetschwunden, 1 Brandwunde, 1 Verletzung des Auges durch einen Eisensplitter.

66 Patienten konnten geheilt entlassen werden, 4 starben, 5 bleiben im Bestand.

2 Quetschungen des Unterleibs, welche ausgedehnte Verletzungen innerer Organe hervorgebracht hatten, endeten tödlich durch hinzugetretene Bauchfellentzündung.

Der eine Fall betraf einen farbigen Bootsarbeiter, der sich die Verletzung durch Fall von der Landungsbrücke in einen mit Bauholz beladenen Leichter zuzog, im anderen Falle um einen Farbigen, der unter einen umstürzenden Baum geriet und neben Quetschungen einen Beckenbruch und Zerreißung der Blase erlitt. Bei letzterem wurde, als sich peritonitische Erscheinungen zeigten, zur Eröffnung der mit Urin erfüllten Bauchhöhle und zur Naht der Blase geschritten. Es fand sich ein sagittal verlaufender Riß der Blasenkuppe (Fundus). Bei der Leichenöffnung wurden noch zwei weitere Risse der Blase in der Gegend der Ureteren aufgefunden.

Von den 5 Knochenbrüchen des Unterschenkels waren 2 kompliziert.

Die eine der Verletzungen entstand durch Auffallen eines T-Trägers beim Transport von Baumaterial und wurde nach 46tägiger Behandlung geheilt entlassen. Beim zweiten Fall, einen Strafgefangenen aus Jabassi betreffend, waren beide Knochen des linken Unterschenkels mehrfach gebrochen, die Weichteile stark gequetscht. Das aus der Wunde hervorragende Schienbein mußte teilweise abgesägt werden. Es erfolgte fieberlose Heilung, doch blieb wegen der noch nicht vollendeten Knochenbildung des Schienbeinbruchs der Fall im Bestand.

Der Fall von kompliziertem Knochenbruch des rechten Fußes betrifft einen Arbeiter von „Lucie Woermann", dem vom Ankerspill der vordere Teil des rechten Fußes zerquetscht worden war. In Chloroformnarkose wurde nach Lisfranc der Fuß abgesetzt. Der Kranke wurde mit gebrauchsfähigem Stumpf geheilt entlassen.

Ein Fall von Schußwunde zeigte eine ausgedehnte Zertrümmerung des rechten Unterarmes. Der Kranke war mit primitivem Verband sechs Tage durch den Busch getragen worden und kam mit schwerer Gasphlegmone in Zugang. Durch die Amputation im Oberarm konnte das Leben nicht mehr erhalten werden.

Ein Fall von vielfachen Hiebwunden betraf einen alten Mann, der mit einem Haumesser angegriffen worden war. Der Kranke starb schließlich an Erschöpfung.

Eine tiefe, die Bauchhöhle eröffnende Schnittwunde hatte sich ein erwachsener Neger beim Rasieren der Schamhaare mit einem Glasscherben beigebracht. Trotz Verunreinigung der Wunde heilte dieselbe nach Zurückbringung der ausgetretenen Darmschlinge und Naht ohne Störung. Nach 34tägiger Behandlung vollkommene Heilung mit fester Narbenbildung.

Ein Fall von Fremdkörper im Auge machte die Improvisation eines kleinen Magneten zur Entfernung des eingedrungenen Eisensplitters notwendig. Das Auge war völlig erblindet, im weiteren Verlaufe schrumpfte es, doch wurde die zur Erhaltung des anderen vorgeschlagene Ausschälung vom Kranken verweigert. Der Fall bleibt im Bestand.

Zur Beobachtung

wurden 5 Leute in das Hospital aufgenommen. Keines der angegebenen Leiden konnte nachgewiesen werden und erfolgte Entlassung als geheilt.

II. Allgemeiner Teil.

1. Meteorologische Beobachtungen.

Die Monate April, Mai, Juni zeichneten sich durch verhältnismäßig kühle Temperatur und große Regenmengen aus. Stärkere Gewitter waren selten, die Niederschläge waren ständig und ausgiebig, die Sonne nur selten sichtbar. Auch Juli, August und September zeigten reichliche Niederschläge. Vom Oktober zum November nahmen dieselben langsam ab, die Trockenzeit setzte sehr zeitig, bereits Anfang Dezember ein. Harmattan wurde am 10. Dezember zum ersten Male beobachtet. Auch in der Trockenzeit gingen einige Male Regen nieder. Die Verhältnisse zeigt nachstehende Tabelle:

Monat	Temp. morgens 7 Uhr	Temp. mittags 1 Uhr	Temp. abends 6 Uhr	Regenmenge
April	23,0	24,7	25,1	—
Mai	23,7	26,3	26,2	565,5 mm
Juni	23,2	24,7	25,0	689,5 „
Juli	22,0	22,9	22,4	842,2 „
August	21,9	22,9	23,3	564,8 „
September	22,6	24,9	24,3	478,4 „
Oktober	22,7	24,7	24,6	163,2 „
November	23,7	25,5	25,7	152,2 „
Dezember	23,4	26,6	26,2	6,6 „
Januar	24,9	28,6	27,7	5,0 „
Februar	24,9	28,8	27,4	146,4 „
März	25,6	28,4	27,5	139,6 „

2. Hygienische Maſsregeln.

Epidemien bzw. das umfangreichere Auftreten ansteckender Krankheiten wurde während des Berichtsjahres im Bezirk Duala nicht beobachtet. Einige Fälle von Pocken wurden rechtzeitig bemerkt und durch Gegenmaßregeln eine weitere Ausbreitung verhindert.

Die gegen die Pockengefahr vorgenommene Durchimpfung der Eingeborenen in Duala und der Umgegend wurde im Juni 1904 beendet.

Beri-Beri kam im letzten Vierteljahr des Berichtszeitraumes mit 6 Fällen zur Beobachtung, die Erkrankungen stammen von Duala anlaufenden Schiffen.

Lepra ist in Duala und Umgegend mehrfach vertreten. Die Kranken stehen unter ärztlicher Kontrolle und sind in Obhut ihrer Familien geblieben, da das geplante Lepraheim noch nicht in Angriff genommen ist.

In bezug auf Unterkunft, Verpflegung, Bekleidung, Wasserversorgung und Abfuhrwesen sind Änderungen gegen das Vorjahr nicht zu berichten.

Chininprophylaxe wird von den Europäern in Duala fast durchweg ausgeübt. Auch die Erfahrungen des letzten Jahres weisen darauf hin, daß, je regelmäßiger die Prophylaxe ausgeübt wird, umsomehr Schutz vor Malariaerkrankungen besteht.

III. Sanatorium Suellaba.

Während des Berichtsjahres wurden im Sanatorium Suellaba 51 Pensionäre mit zusammen 348 Tagen verpflegt.

Das Sanatorium wurde gern in Anspruch genommen, und die Erfolge des Kuraufenthalts waren in allen Fällen günstige zu nennen.

Anlage I.

Nachweisung

über die

kranken Europäer und Farbigen im Regierungskrankenhause zu Duala.

Iststärke der Bevölkerung 164 Europäer.

Berichtsjahr vom 1. April 1904 bis 31. März 1905.

---

a. Europäer.

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
1	Malariafieber	3	80	83	75	2	2	79	4	735	.
2	Schwarzwasserfieber	.	18	18	15	3	.	18	.	393	.
3	Dysenterie	.	4	4	4	.	.	4	.	46	.
4	Andere Infektions- und allgemeine Erkrankungen	.	6	6	6	.	.	6	.	107	.
5	Krankheiten des Nervensystems	.	1	1	1	.	.	1	.	9	.
6	Lungenentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
7	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	1	1	1	.	.	1	.	17	.
8	Krankheiten der Zirkulationsorgane	.	3	3	3	.	.	3	.	16	.
9	Krankheiten der Ernährungsorgane	.	13	13	12	.	.	12	1	104	.
10	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Frauenkrankheiten	.	4	4	4	.	.	4	.	46	.
11	Venerische Krankheiten	2	6	8	7	.	1	8	.	140	.
12	Augenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
13	Ohrenkrankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	19	.
14	Krankheiten der äufseren Bedeckungen	1	8	9	8	.	.	8	1	92	.
15	Krankheiten der Bewegungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
16	Mechanische Verletzungen	.	3	3	1	2	.	3	.	11	.
17	Sonstige Krankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
18	Rekonvaleszenz	.	8	8	7	.	.	7	1	145	.
19	Zur Beobachtung	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
	Gesamtsumme:	6	157	163	146	7	3	156	7	1881	.

b. Farbige.

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
1	Malariafieber	.	30	30	29	.	.	29	1	204	34
2	Schwarzwasserfieber	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
3	Dysenterie	.	66	66	40	21	.	61	5	1494	3
4	Andere Infektions- und allgemeine Erkrankungen	3	60	63	56	3	1	60	3	1053	9
5	Krankheiten des Nervensystems	.	7	7	5	2	.	7	.	27	6
6	Lungenentzündung	.	18	18	11	7	.	18	.	165	.
7	Andere Krankheiten der Atmungsorgane	1	35	36	33	3	.	36	.	377	16
8	Krankheiten der Zirkulationsorgane	1	5	6	4	2	.	6	.	54	7
9	Krankheiten der Ernährungsorgane	1	50	51	46	4	.	50	1	520	174
10	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. — Frauenkrankheiten	.	5	5	4	1	.	5	.	29	73
11	Venerische Krankheiten	.	46	46	43	1	.	44	2	738	321
12	Augenkrankheiten	1	5	6	5	.	.	5	1	53	54
13	Ohrenkrankheiten	.	2	2	1	.	.	1	1	15	21
14	Krankheiten der äufseren Bedeckungen	2	95	97	93	.	.	93	4	2195	1761
15	Krankheiten der Bewegungsorgane	2	22	24	23	1	.	24	.	342	187
16	Mechanische Verletzungen	1	74	75	66	4	.	70	5	1355	1201
17	Sonstige Krankheiten	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
18	Rekonvaleszenz	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
19	Zur Beobachtung	.	4	4	4	.	.	4	.	46	.
	Gesamtsumme:	12	525	537	464	49	1	514	23	8668	3867

Anlage II.

Nach

über

im Jahre 1904/05

Iststärke:

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet
1	2	3	4	5	6	7	8
1	D.	männl.	32	Wegebauer beim Gouvernement	Preufse	24 Monate	24 Monate
2	P.	„	36	Kapitän bei der Woermann-Linie	„	—	—
3	L.	„	35	Kaufmann	„	8 Jahre	3 Jahre
4	K.	„	27	Techniker	Österreicher	12 Monate	12 Monate
5	B.	„	35	Steuermann	Preufse	—	—
6	S.	„	22	Kaufmann	Sachse	12 Monate	12 Monate
7	M.	„	25	„	Mecklenburger	18 Monate	18 Monate
8	G.	„	—	Steuermann	Preufse	—	—
9	N.	„	—	Missionar	„	—	—
10	H.	„	32½	Pflanzungsleiter	„	7 Jahre	7 Jahre
11	H. 1	„	31	Missionsbruder	„	3 Monate	3 Monate
12	S. 1	„	25	Gärtner	Sachse	1 Monat 3 Tage	1 Monat 3 Tage
13	K. 1	„	20	Matrose	Bayer	—	—
14	F.	„	23	Pflanzer	Preufse	2 Jahre 6 Monate 18 Tage	2 Jahre 6 Monate 18 Tage
15	M. 1	„	30	„	„	3 Jahre 6 Monate 7 Tage	3 Jahre 6 Monate 7 Tage
16	P. 1	„	34	Kaufmann	„	10 Jahre	1 Jahr 5 Monate 26 Tage
17	K. 2	„	28	Pflanzer	Mecklenburger (Schwerin)	3½ Monate	3½ Monate
18	M. 2	„	28	„	Preufse	11 Mon. 21 Tage	11 Mon. 21 Tage

weisung
die
verstorbenen Europäer.

Nicht bekannt.

Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen	
9	10	11	
6. 3. 04	Malaria		Bezirk Duala
15. 5. 04	Abszefs in der Leber und der Bauchhöhle infolge Schufsverletzung		"
15. 7. 04	Malaria		"
14. 9. 04	Schwarzwasserfieber		"
3. 10. 04	Mehrfache Knochenbrüche und Quetschung des ganzen Körpers	Probieren des Ankers — Lichtmaschine in die Welle geraten	"
26. 10. 04	Schwarzwasserfieber		"
12. 11. 04	"		"
—	Herzschwäche im Malariafieber	Aufserhalb der Hospitalbehandlung gestorben	"
—	Schwarzwasserfieber	"	
29. 11. 04	Nierenkrank und Dysenterie	"	Station Campo
3. 8. 04	Schwäche nach überstandenem Schwarzwasserfieber	"	Bezirk Edea
5. 4. 04	Malariafieber und Herzschlag	"	Bezirk Victoria
14. 6. 04	Unglücksfall an Bord		"
19. 7. 04	Schwarzwasserfieber		"
8. 11. 04	"		"
27. 11. 04	"		"
5. 2. 05	"		"
24. 2. 05	"		"

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet
1	2	3	4	5	6	7	8
19	P. 2	männl.	—	Stationsleiter	Preufse	—	—
20	K. 3	„	23	Kaufmann	Kolonial-Engländer	—	—
21	S. 2	„	35	„	Bremer	—	—
22	C.	„	25	-	Mecklenburger	—	—
23	S. 3	„	23	„	Hamburger	—	—
24	B. 1	„	23 J. 7 M.	„	„	unbekannt	1 Jahr 3 Monate
25	W.	„	29 J. 5 M.	„	Preufse	„	1 Jahr 1 Monat
26	D. 1	Frau	34	Missionsfrau	Württemberg.	2 Jahre 6 Monate	2 Jahre 6 Monate
27	S. 4	männl.	23	Kaufmann	—	11 Mon. 29 Tage	11 Mon. 29 Tage
28	K. 4	„	29	„	—	1 Jahr 10 Mon. 14 Tage	1 Jahr 10 Mon. 14 Tage

Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen	
9	10	11	
Januar bzw. Februar 05	Bei einem Aufstand ermordet	Betreffs Nichtausfüllung der Rubriken 7, 8 und 9 nichts Genaues festzustellen	Station Ossidinge
"	" " " "	"	"
"	" " " "	"	"
"	" " " "	"	"
"	" " " "	"	"
6. 5. 04	Nierenverstopfung nach Schwarzwasserfieber	Aufserhalb der Hospitalbehandlung	Station Ebolova
5. 2. 05	Herzschwäche	"	"
4. 5. 04	Erschiefsen durch Unvorsichtigkeit		Station Johan Albrechts-Höhe
12. 6. 04	Sonnenstich		Station Holundu
21. 11. 04	Ermordet		"

B. Victoria.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. med. C. Zimmermann.)

Voranzuschicken ist, daß die hiesige Regierungsarztstelle in der Berichtszeit vom 9. Juli bis 24. August nur unregelmäßig besetzt war, so daß eine einheitliche Grundlage zur Berichterstattung fehlte. Der Berichterstatter ist seit 30. September in Victoria.

I. Besonderer Teil.

a. Europäer.

Während der Berichtszeit wurden im Regierungskrankenhause in Victoria 16 Europäer behandelt, in zusammen 159 Behandlungstagen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug demnach 9,9 Tage für den einzelnen Krankheitsfall. An dieser Zahl waren beteiligt:

Gouvernementsbeamte in . . .	5	Fällen
Angehörige der Schutztruppe in .	2	„
Privatleute in	9	„

Der Krankenzugang verteilte sich auf die einzelnen Monate:

April	2	Oktober	1
Mai	1	November	1
Juni	2	Januar	2
August	1	Februar	3
September	3		

Geheilt bzw. dienstfähig kamen zur Entlassung 11 Personen, 3 starben im Hospitale, 2 kamen anderweitig in Abgang. Von den 3 im Hospitale verstorbenen Kranken waren 2 Pflanzer, 1 Matrose auf einem Woermanndampfer. Die Todesursache war in 2 Fällen Schwarzwasserfieber, in einem komplizierte Fraktur des rechten Unterschenkels und Gehirnerschütterung bzw. Blutung ins Gehirn.

Von den übrigen Kranken waren in Behandlung:

6	wegen	Malaria,
3	„	Schwarzwasserfieber,
2	„	Blasenkatarrh,
1	„	Dysenterie und
1	„	Osteomyelitis.

Außerhalb des Hospitals gelangten zur Behandlung 95 Europäer. Bei dieser Zahl waren beteiligt:

Gouvernementsbeamte in 43 Fällen,
Frauen von solchen „ 1 Fall,
Privatleute „ 50 Fällen (darunter 3 Frauen).

Die Krankenzugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate:

April	4	Oktober	7
Mai	2	November	18
Juni	6	Dezember	10
Juli	1	Januar	13
August	2	Februar	12
September	10	März	10

Von diesen wurden geheilt bzw. (dienstfähig) aus der Behandlung entlassen 92 Personen, 3 starben an Schwarzwasserfieber, sämtlich Pflanzungsangestellte.

Von den 92 geheilt entlassenen Personen waren in Behandlung wegen:

Malaria	31	Magengeschwür	1
Schwarzwasserfieber	7	Dysenterie	1
Magendarmkatarrh	7	Sehnenscheidenentzündg.	1
Zellgewebsentzündung	5	Muskelentzündung	1
Furunkel	4	Tuberkulose (der Lungenspitzen)	1
Neurasthenie	4	Schnittwunden	1
Rheumatismus	4	Skrophulose	1
Angina	3	Fremdkörper im Auge	1
Verstauchung	2	Oxyuris	1
Gonorrhoe	2	Manisch depressives Irresein	1
Ringwurm	2	Herzerweiterung	1
Quetschungen	2	Bindehautkatarrh	1
Weicher Schanker	2	Leistenbruch	1
Epididymitis	2		
Krätze	1		
Masern	1		

Bei sämtlichen in Behandlung gekommenen Schwarzwasserkranken ließ sich nachweisen, daß sie prophylaktisch entweder gar nicht oder doch nur mehr oder weniger unregelmäßig Chinin genommen hatten. Im übrigen ist zu bemerken, daß bisher zu einer

wirklich regelmäßigen, genügenden Chininprophylaxe verhältnismäßig wenig Weiße zu bringen gewesen sind. Die immer noch so auffallend hohe Zahl von Malariaerkrankungen — die meisten kommen dem Arzt gar nicht unter die Hände, sondern kurieren sich selbst — würde trotz der ungünstigen hygienischen Lage Victorias am Sumpf durch eine regelmäßige, genügende Chininprophylaxe, wenn auch nicht ganz zum Verschwinden zu bringen, doch auf ein erheblich niedrigeres Niveau herabzudrücken sein.

Von den Beamten des Kaiserlichen Gouvernements brauchte in Victoria seit August 1904 keiner krankheitshalber vorzeitig in Urlaub zu gehen.

b. Farbige.

(Der Bericht erstreckt sich nur über die Zeit vom 24. August 1904 bis 31. März 1905.)

Ärztlich behandelt wurden im ganzen 785 Kranke, wovon 246 im hiesigen Farbigenhospitale Aufnahme fanden und daselbst 2050 Tage verpflegt wurden.

Der Zugang verteilte sich auf die einzelnen Monate:

August	36	Dezember	101
September	112	Januar	132
Oktober	97	Februar	118
November	84	März	105

In Behandlung kamen wegen:

	Fälle		Fälle
Drüsenentzündung	5	Epilepsie	1
Amennorrhoe	2	Furunkeln	11
Mandelentzündung	3	Schlüsselbeinbruch	1
Spulwürmern	1	Frambösie	3
Luftröhrenkatarrh	55	Tripper	9
Bubonen	13	Gelenkrheumatismus	1
Lidrandentzündung	1	Herzfehler	2
Bindehautkatarrh	7	Hydrocele	3
Zahnschmerzen	2	Leistenbrüche	5
Cystengeschwulst am Halse	1	Hühneraugen	1
Darmkatarrh	152	Ischias	5
Dysenterie	22	Hornhautentzündung	2
Darmkolik	1	Kniegelenkentzündung	2
Dysmenorrhoe	3	Krokro	4
Nebenhodenentzündung	1	Verrenkung des Ellbogens	1
Ekzem	10	Lepra	1
Empyem des Oberkiefers	1	Lungenentzündung	4

	Fälle
Myocarditis	1
Muskelrheumatismus	23
Malaria	53
Magenkatarrh	61
Muskelzerrung	2
Migräne	1
Nephritis	1
Tetanus	1
Neuralgie	4
Ödeme	2
Otitis externa	4
Otitis media	6
Primäraffekt	3
Rippenfellentzündung	1
Knochenhautentzündung	1
Parotitis	1
Phimose	1
Paranoia	1
Psoriasis	2
Retroflexio uteri	2
Rheumatismus	8
Ringwurm	1
Schlangenbiß	1
Scheidenvorfall	1
tertiäre Syphilis	2
weicher Schanker	6
Skrophulose	2
Stomatitis	2
Lungenschwindsucht	6
Sehnenscheidenentzündung	4
Gebärmutterkrebs	1
Verbrennung	1
Verstopfung	39
Verstauchungen	7
generalisierte Vaccine	1
Wunden	172
Zellgewebsentzündung	24

Von diesen starben in ärztlicher Behandlung 25 Kranke; davon:

an Dysenterie bzw. akutem Darmkatarrh	18
„ Lungentuberkulose	2
„ Lungenentzündung	1
„ Lepra	1
„ Tetanus	1
„ Paranoia (Inanition)	1
„ Herzschlag (aufgeführt unter Wunden)	1

II. Allgemeiner Teil.

Die Regenmenge am Ombrometer bei der Arztwohnung hier gemessen, ergab:

im Juni	833,2	im Dezember	0,6
„ August	653,4	„ Januar	0,0
„ September	327,0	„ Februar	115,7
„ Oktober	270,5	„ März	97,0
„ November	82,5		

Über die sonstigen hygienischen Verhältnisse in Victoria wäre zu erwähnen, daß eine wesentliche Besserung wohl nicht zu

erwarten sein dürfte, bis der große Sumpf, der sich bis dicht an Victoria heranzieht, trocken gelegt ist.

Wie oben aufgeführt, sind die beiden häufigsten Erkrankungen der Farbigen Magendarmkatarrhe und Wunden, vor allem Fußwunden und konsekutive Geschwüre. Es ist zu hoffen, daß in den kommenden Jahren eine merkliche Verminderung dieser Erkrankungen sich bemerklich machen wird; denn erstens ist dieses Jahr eine Wasserleitung fertiggestellt worden, so daß der Genuß des Limbewassers seitens der Farbigen nachlassen wird, und zweitens ist eine neue Landungsbrücke im Bau, so daß das Löschen und Laden nicht mehr so beschwerlich sein wird wie bisher, und dadurch weniger Gelegenheit zu den erwähnten Verletzungen gegeben sein wird.

III. Togo.

A. Lome.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Krüger.)

I. Infektionskrankheiten und Maßnahmen zu deren Bekämpfung.

Von den in Togo vorkommenden Infektionskrankheiten sind von besonderer Bedeutung:

1. Malaria tropica. Dieselbe spielt zwar für Lome, dank der Moskitobekämpfung, eine geringere Rolle in der Erkrankungsziffer der Europäer und Eingeborenen. Doch ist sie für die außerhalb Lome Lebenden von großer Wichtigkeit und bei weitem die häufigste Krankheitsursache. Hämoglobinurie wurde bei Eingeborenen nicht beobachtet, wohl aber bei zwei Europäern, von denen der eine im Hinterlande gelebt hatte, der zweite von einer längeren Buschreise zurückkehrte. Beide nahmen unregelmäßig Chinin. Beide Fälle gingen in Genesung über.

Malaria tertiana und quartana wurden nur ganz vereinzelt beobachtet.

2. Eine namentlich in Lome unter den Europäern häufig auftretende Infektionskrankheit mit oft wochenlang dauerndem remittierendem Fieber, keiner nachweisbaren Organerkrankung, kaum nennenswerten Beschwerden und absolut guter Prognose harrt noch der Aufklärung.

Von Malaria ist sie unterschieden durch das Fehlen von Blutparasiten und durch die Unwirksamkeit des Chinins (bei Anwendung per os oder subcutan), vom Typhus durch den ganzen Verlauf und stets negativ ausfallende Serumreaktion (Fickers Typhus Diagnosticum). Bei Eingeborenen habe ich die Krankheit nicht beobachten können.

3. Gelbfieber, welches wahrscheinlich von dem französischen Gebiet eingeschleppt ist und hier in einem Falle, der bereits erkrankt von Anecho herkam, beobachtet wurde. Unter Eingeborenen konnten Fälle nicht festgestellt werden.

4. Schlafkrankheit (der Eingeborenen) ist wohl durch den Tod der isolierten Kranken als erloschen anzusehen. Einmal auftauchende Gerüchte von neu beobachteten Fällen haben sich nicht bewahrheitet.

5. Variola kam im Berichtsjahre im Bezirk Lome gar nicht zur Kenntnis der Behörden, in den übrigen westlichen Bezirken nur ganz vereinzelt vor.

6. Varizellen kamen im November und Dezember in großer Anzahl unter den Eingeborenen vor. Todesfälle wurden nicht beobachtet.

7. Dysenterie kam sowohl unter den Eingeborenen wie den Europäern in kleinen Epidemien in Lome vor.

Die Erkrankungsziffer ist bei diesen sogar eine größere geworden (12 gegen 7 im Vorjahre). Von den Folgekrankheiten der Dysenterie wurde ein Leberabszeß bei einem Eingeborenen mit Erfolg operiert.

Mangelhafte Beseitigung der Fäkalien und mangelhafte Wasserversorgung sind die Ursache der häufigen Erkrankungen.

8. Wohl die zur Zeit wichtigste Infektionskrankheit für Togo ist die Lepra, die in außerordentlicher Verbreitung unter den Eingeborenen vorkommt. Die Kranken leben mit den Gesunden zusammen oder werden doch nur in den letzten Stadien isoliert. Ohne entsprechende Maßnahmen würden ganze Distrikte langsam, aber sicher verwüstet werden.

9. Von nicht geringer Bedeutung sind die venerischen Erkrankungen, die namentlich in Lome sehr häufig sind, und von hier aus durch die aus dem Busch kommenden und dorthin zurückkehrenden Mädchen im ganzen Lande verbreitet werden. Die Eingeborenen kommen sehr selten und dann meist nur im akuten Stadium und später mit den Folgekrankheiten (Strikturen und Fisteln) in ärztliche Behandlung.

10. Beriberi wurde früher namentlich an der Küste nur sehr selten beobachtet. Die Krankheit gewinnt aber jetzt an Bedeutung, da eine größere Anzahl der hierhergesandten Hottentotten unter Symptomen erkrankt sind, die dieser Krankheit der Hauptsache nach zukommen.

11. Von den eigentlich parasitären Erkrankungen spielen für die Eingeborenen im Busch Elephantiasis und Guineawurm eine große Rolle. Spul- und Bandwurm (namentlich letzterer auch bei den Europäern) traten häufig auf.

12. Von anderen Infektionskrankheiten kamen Tetanus, Tuberkulose (mit sehr langsamem Verlauf) selten vor, Framboesia tropica an der Küste selten, im Busch häufig, Parotitis und Angina follicularis in kleinen Epidemien unter Europäern und Eingeborenen.

13. Der zeitweise sehr häufig auftretende Augenbindehautkatarrh scheint infektiösen Ursprungs zu sein. Er ist nicht hartnäckig und häufig mit außerordentlicher Schwellung der Bindehaut und mit Hornhautentzündung verbunden.

14. Bei mehreren Hottentotten und bei einem Soldaten traten schwere Dünndarmkatarrhe auf, die zwar nicht das klinische Bild (plötzliche Erkrankung, sehr starke Leberschmerzen, Gelbsucht, Durchfall ohne Blut, septisches Fieber, frequenter Puls, kein Erbrechen, negativer Ausfall der Serumreaktion), wohl aber einen dem Typhus abdominalis sehr ähnlichen anatomischen Befund lieferten. Der Tod trat selten nach fünf bis sieben Tagen ein (der Eingeborene starb am fünften Krankheitstage). Meist hörte das Fieber nach acht Tagen auf, die Durchfälle blieben bestehen und die Kranken erlagen, weil es nicht möglich war, ihnen Nahrung beizubringen, die aufzunehmen sie sich weigerten. Diejenigen, welchen es möglich war, nach dem akuten Stadium Nahrung beizubringen, genasen langsam. Gegen diese Infektionskrankheiten wurden im Berichtsjahre bereits eine Reihe von Maßnahmen getroffen, andere sind in der Ausführung begriffen bzw. geplant.

Zu erwähnen ist die Einrichtung einer Gesundheitskommission für Lome, die aus dem Bezirksamtmann, Regierungsarzt, technischen Referenten und zwei Privatleuten besteht und dem Gouvernement Vorschläge zu machen hat über Besserung der hygienischen Verhältnisse in Lome.

1. Die Malariabekämpfung durch Mückenlarvenvertilgung in Lome hat sich außerordentlich gut bewährt, erfordert jedoch andauernde strenge Kontrolle.

In der ersten Hälfte des Berichtsjahres konnte dieselbe wegen Personalmangel nicht intensiv genug ausgeführt werden. Die Folge davon war, daß die in Lome erfolgten Infektionen mit

Malaria häufiger wurden (von 15 in ärztliche Behandlung gekommenen Fällen waren 9 sicher im Busch, während 6 wahrscheinlich in Lome erworben waren).

In der zweiten Hälfte waren bei der intensiven Kontrolle von 13 Fällen 12 sicher im Busch erworben; nur ein zweifelhafter Fall konnte auf Rechnung Lomes gesetzt werden.

Auch bei den Eingeborenen Lomes kommt Malaria kaum vor. Milztumoren bei Kindern aus Lome gibt es nicht. Vielmehr kann man bei jedem Kinde, das einen Milztumor hat, absolut sicher annehmen, daß es nicht aus Lome stammt. Leider hat diese Art der Malariabekämpfung auch ihre Kehrseite. Die Europäer, namentlich die neu herauskommen, nehmen die Malaria sehr leicht und sind nur selten zu bewegen, auf Reisen prophylaktisch Chinin zu nehmen. Aber auch die farbigen Bewohner Lomes, die nicht öfters aus der Stadt herauskommen, erkranken sehr häufig an Malaria auf Reisen, d. h. haben bei längerem Mangel immer erneuter Infektion ihre sogenannte Immunität verloren.

2. Gegen das Gelbfieber wurde mit Erfolg eine Quarantänestation in Porto Seguro (zwischen Lome und Anecho) eingerichtet, wenn auch die Infektionsgefahr für die Lome-Bevölkerung wegen des verschwindend seltenen Auftretens von Mücken nur sehr gering war.

3. Zur Impfung der Bevölkerung im Bezirk Misahöhe wurde bei dem Auftreten kleinerer Pockenepidemien die in Lome erzeugte Lymphe abgegeben.

Es wurden hier gewonnen etwa 8000 Portionen Lymphe, die teils in Lome, teils im Hinterlande Verwendung fanden. 100 Portionen gingen nach Kamerun.

Zur Bekämpfung der Pocken speziell in Togo halte ich es für zweckmäßig, beim Auftreten von Epidemien sofort ausgebildete Eingeborene an Ort und Stelle zu schicken und die Bewohner des Infektionsortes sowie die der nächstliegenden Dörfer zu impfen.

Ich habe hier die Erfahrung gemacht, daß der Impfschutz kaum länger als 4 Jahre reicht. Es müßte also, wenn eine systematische Durchimpfung von Togo Erfolg haben sollte, diese alle vier Jahre wiederholt werden.

4. In der Bekämpfung der Lepra ist ein großer Fortschritt zu verzeichnen, in der geplanten Anlage eines Lepradorfes. Dasselbe soll in der Nähe Lomes angelegt werden und ev. zum Muster dienen für die Anlage vieler solcher über ganz Togo verstreuter

Leprakolonien. Auf diese Weise dürfte es wohl gelingen, der Seuche Herr zu werden. Bei Anlage solcher Dörfer sollen durchaus die Eigentümlichkeiten der Landschaften berücksichtigt werden und den arbeitsfähigen Kranken Gelegenheit gegeben werden, durch Ackerbau und Viehzucht ihren Unterhalt zu verdienen. Damit sich nicht bei dem längeren Zusammenleben einer größeren Anzahl von Eingeborenen die Lepra verbreitet, fanden Untersuchungen der Regierungsschule und der Missionsschulen, sowie der Gefangenen und Arbeiter größerer Betriebe statt. Die Behandlung Lepröser war bis jetzt selbst mit den in neuerer Zeit angegebenen Mitteln erfolglos.

5. Die Bekämpfung venerischer Erkrankungen durch regelmäßige ärztliche Kontrolle der Prostituierten stößt hier auf außerordentliche Schwierigkeiten. Trotz wiederholter früherer Versuche mußte eine regelmäßige Kontrolle immer wieder aufgegeben werden, weil die betreffenden Personen sofort nach der Untersuchung Lome auf längere Zeit verließen. Doch steht zu hoffen, daß dennoch ein Weg gefunden wird, um durch regelmäßige Untersuchung eine Verminderung der Erkrankung zu bewirken.

6. Die Beseitigung der Dysenterie hängt lediglich von der Regelung des Abortwesens und der Wasserversorgung ab. Auch hier ist dadurch, daß die Gouvernementsbrunnen mit Pumpen versehen und Straßenbrunnen mit Pumpen gebaut wurden, eine Wendung zum Besseren eingetreten. Eine endgültige Beseitigung der Dysenterie läßt sich bei der Durchseuchung des Bodens von Lome mit Abfallstoffen nur durch Anlage einer Wasserleitung erzielen, die das Wasser hinter (d. h. nördlich) Lomes Abortplätzen entnimmt. Mit der Wasserversorgung in hygienischem Zusammenhange steht das Abortwesen. Auch dies sieht einer endgültigen Regelung dadurch entgegen, daß bereits der Bau zweier Probeaborte für die nächste Zeit zu erwarten ist. Diesen sollen, falls sie sich bewähren, andere in genügender Anzahl folgen. Z. Zt. bestehen noch die ausgedehnten und weithin am Geruch bemerkbaren Abortplätze, die den Norden, Osten und Nordwesten der Stadtperipherie einnehmen; an anderen Orten werden die Fäkalien auf den Höfen in oberflächlichen Löchern abgelegt und mit Erde zugedeckt.

Die Eingeweidewürmerplage dürfte immer durch eine zuverlässige Fleischbeschau, verbunden mit der eben erwähnten

Regelung der Wasserversorgung und des Abortwesens zu beseitigen sein.

Auch diese sieht der Verwirklichung entgegen durch den geplanten Bau eines Schlachthauses.

II. Gesundheitszustand der einzelnen Bevölkerungsklassen.

a. Europäer.

Der Gesundheitszustand der Europäer darf im allgemeinen als gut bezeichnet werden und verschlechterte sich nur gegen Ende des Berichtsjahres. Schwere Krankheitsfälle kamen verhältnismäßig selten vor. Doch machte sich nicht nur bei diesen, sondern auch in leichteren Fällen der Mangel eines Krankenhauses, wenn auch nur in bescheidener Größe (Baracke) außerordentlich fühlbar.

Durch Entsendung einer Krankenschwester hat der Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien einem nicht nur vom Arzte, sondern auch von der Mehrzahl der Europäer Lomes dringend gefühlten Bedürfnisse abgeholfen.

Die Europäer waren in 328 Krankheitsfällen in ärztlicher Behandlung mit 2797 Behandlungstagen.

317 wurden aus der Behandlung entlassen, 11 verblieben noch in ärztlicher Behandlung.

Es wurden behandelt an

1.	Infektionskrankheiten	124
2.	Krankheit der Verdauungsorgane	53
3.	„ „ Atmungsorgane	7
4.	„ „ Zirkulationsorgane	3
5.	„ „ Harn- und Geschlechtsorgane	10
6.	„ „ Sinnesorgane	23
7.	„ des Nervensystems	13
8.	„ der Haut	37
9.	„ des Lymphapparates	13
10.	„ der Knochen	11
11.	„ „ Sehnen und Gelenke	2
12.	Verletzungen	23
13.	Sonstige Erkrankungen	9
	Summa	328

Von diesen waren 228 ständig in Lome oder nur vorübergehend abwesend; 16 kamen aus dem Innern Togos zugereist,

56 waren beim Bau der Eisenbahnen beschäftigt, 28 kamen aus den Nachbarkolonien oder von Dampfern. Es starben 2 Europäer, der eine an Nierenentzündung, die schon lange in der Heimat bestanden hatte, der zweite an Gelbfieber (aus Anecho krank hierhergekommen). Acht Europäer traten nach überstandener Krankheit aus Gesundheitsrücksichten die Heimreise an (3 Kaufleute, 2 Frauen, 3 Beamte). Fünfmal wurden Kinder, elfmal Frauen, sonst nur Erwachsene männlichen Geschlechts behandelt.

43 Beamte wurden in 82 Krankheitsfällen behandelt.

Operative Eingriffe wurden in 25 Fällen notwendig. Dieselben waren aber nur leichterer Art. Entbindungen kamen nicht vor.

b. Eingeborene.

Auch deren Gesundheitszustand war durchaus zufriedenstellend. Nur die im Januar und März auftretende Dysenterieepidemie beeinträchtigte etwas den sonst günstigen Zustand.

In der Poliklinik wurden im ganzen behandelt 1959 Eingeborene in 23 708 Behandlungstagen.

Davon waren aus Lome und Umgegend resp. beim Bahnbau beschäftigt 1769, aus dem Hinterland 87, aus dem östlichen Teile der Kolonie 63, aus den benachbarten Kolonien 40. Es wurden behandelt 1504 Männer, 271 Frauen, 184 Kinder.

Den Krankheiten nach wurden behandelt an

1.	Infektionskrankheiten	291
2.	Krankheiten der Verdauungsorgane	274
3.	„ „ Atmungsorgane	134
4.	„ „ Zirkulationsorgane	16
5.	„ „ Harn- u. Geschlechtsorgane	81
6.	„ „ Sinnesorgane	173
7.	„ des Nervensystems	89
8.	„ der Haut	230
9.	„ des Lymphapparates	107
10.	„ der Muskeln	9
11.	„ „ Sehnen und Gelenke	55
12.	„ „ Knochen	39
13.	Verletzungen	302
14.	Geschwülste	29
15.	Sonstige Erkrankungen	130
	Summa	1959

Operative Hilfe wurde nötig in 191 Fällen, darunter Laparatomien.

Operative geburtshilfliche Tätigkeit kam zweimal vor (eine Zange, eine Wende).

c. Witbois.

Die kriegsgefangenen Hottentotten trafen Ende November hier ein. Sie wurden zunächst in Lome beschäftigt bis Ende Dezember. Bei ihrer Ankunft litten sie an leichten Bronchialkatarrhen, 4 waren an Varicellen erkrankt (in den nächsten Tagen kamen noch 5 weitere Fälle dazu), 2 an Gonorrhoe.

Der Gesundheitszustand war, so lange sie zur Gewöhnung an das Klima in Lome beschäftigt waren, sehr gut. Insbesondere kamen keine Erkrankungen an Malaria vor.

Ende Dezember wurden sie nach dem 3 Stunden nördlich von Lome gelegenen Flusse Shio geschickt, 20 blieben in Lome zurück (schwächliche und alte Leute). Am Shio erhielten sie prophylaktisch Chinin in Lösung und zwar jeden Sonnabend 1 g, am Sonntag ½ g. Die Mücken waren nicht zahlreich. Trotzdem erkrankte bereits nach 14 Tagen die größere Hälfte an Malaria tropica und hatte außerdem an Sandflöhen zu leiden.

Nach Feststellung der Erkrankung wurden sie sofort nach Lome zurückgebracht. An Malaria waren (mit späteren Fällen) 91 erkrankt, 7 starben. Bald nach der Ankunft in Lome begannen die Erkrankungen an Dysenterie: 28 erkrankten, 2 starben. Gleichzeitig traten hartnäckige Darmkatarrhe auf, an denen 5 starben. Anfang März trat eine weitere Krankheit dazu, die mit größter Wahrscheinlichkeit Neuritis multiplex (Beri-Beri) ist und noch manches Opfer fordern dürfte, obwohl bis jetzt noch niemand daran gestorben ist. — Die Hauptsymptome sind: diffuse Schmerzen im ganzen Körper, frühzeitig auftretende Gehstörungen, meist mit brettartiger Schwellung der Wadenmuskulatur, schwere Magen- und leichtere vorübergehende Darmstörungen und Entzündungen des Zahnfleisches, flüchtige Oedeme, die in wenigen Stunden sich über den ganzen Körper verbreiten und ebenso schnell wieder verschwinden.

Albuminurie und Störungen von seiten des Herzens ließen sich nicht nachweisen, abgesehen von beschleunigter Herztätigkeit.

An Krankheiten der Verdauungsorgane wurden behandelt 38, der Atmungsorgane 29, von denen 2 starben.

An sonstigen Krankheiten waren noch 35 in Behandlung. Im ganzen wurden behandelt 243 in 3112 Behandlungstagen, davon 196 als geheilt entlassen, 16 starben, 31 bleiben als Bestand. Die Ursache dieser außerordentlich hohen Erkrankungs- und Sterbeziffer ist zunächst zu suchen in der Beschäftigung am Shio, wo sie prophylaktisch Chinin erhielten, das bei ihnen nicht wirksam war. Die dysenterischen und Darmerkrankungen sowie die an Sandflöhen sind zurückzuführen auf die unglaubliche Unsauberkeit, Faulheit und Gleichgültigkeit der Witbois. Diese Eigenschaften machen auch eine Behandlung selbst leichter Fälle so außerordentlich schwer und wenig aussichtsvoll. Obwohl sie Tee erhalten, sind sie zu träge, denselben zuzubereiten. Die Fäkalien entleeren sie neben sich und decken sie mit Sand zu. Obwohl Wasser in nächster Nähe ist und Seife geliefert wird, waschen sie sich nur, wenn der eingeborene Heilgehilfe sie die ganze Zeit hindurch beaufsichtigt. Die Kranken nehmen nur die Nahrung auf, die ganz nach ihrem Geschmack ist. Auf Erkundigungen möchte jeder etwas anderes essen. Was ihnen heute angeblich gut geschmeckt hat, lassen sie nach einigen Tagen stehen. Soweit es sich irgendwie machen läßt, wird ihrem Geschmack Rechnung getragen.

Die Unterkunftsverhältnisse, Beköstigung und Bekleidung auch der übrigen Witbois sind durchaus zweckmäßig. Ihre Beschäftigung ist kaum Arbeit zu nennen.

B. Anecho.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Külz.)

I. Das Nachtigalkrankenhaus.

Der Tiefstand der Patientenzahl des Nachtigalkrankenhauses hat auch in diesem Berichtsjahre angehalten und die Zahl von 26 Zugängen nicht überschritten. Letztere betrug 1903/04 = 27, 1902/03 = 41, 1901/02 = 58. Die Zahl der Verpflegungstage im Hospital betrug 539, so daß im Durchschnitt auf den einzelnen Fall 20½ Tage kommen. Diese relativ hohe Durchschnittszahl erklärt sich wie früher auch diesmal daraus, daß mehrere äußerst langwierige Erkrankungen mit mehrmonatlicher Dauer (Dysenterie) zur Aufnahme kamen, und daß mehrere Europäer das Krankenhaus zur Erholung aufsuchten. Voraus-

sichtlich wird in Zukunft eine Steigerung der Patientenzahl eintreten, da die nunmehr fertiggestellte Küstenbahn Lome-Anecho den Transport auch von solchen Kranken ermöglicht, die bisher wegen der Beschwerlichkeit der Hängemattenbeförderung nicht hierher gebracht werden konnten.

Von den 26 Zugängen stammten 9 aus Anecho, 17 gingen von auswärts zu. Unter letzteren wieder suchten 7 aus der Nachbarkolonie Dahomey stammende Patienten das hiesige Krankenhaus auf, während sich der Rest auf Lome (6), Sebe (2), Palime (1) und Hinterland (1) verteilt. In der beigegebenen Tabelle sind die zur Behandlung gekommenen Fälle übersichtlich zusammengestellt. 3 der behandelten Patienten starben, und zwar 1 an Typhus, 2 an Gelbfieber; weitere 3 mußten ungeheilt die Heimreise antreten, 2 wegen chronischer Dysenterie, 1 wegen Lungentuberkulose.

Krankheitsbezeichnung	Anzahl der Zugänge	Wohnort bei Beginn der Erkrankung						geheilt	gestorben	ungeheilt nach Hause	noch in Behandlung	anderweitig entlassen	Bemerkungen
		Anecho	Lome	Sebe	Grandpopo	Palime	Hinterland						
Malaria tropica	3	—	1	1	1	—	—	3	—	—	—	—	
Hämoglobinurie	2	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	
Dysenterie	6	5	—	1	—	—	—	4	—	2	—	—	Darunter Arzt und 1 Schwester
Typhus abdomin.	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	Tod durch Perforationsperitonitis
Febris gastrica	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	Typhus?
Gelbfieber	3	2	—	—	1	—	—	1	2	—	—	—	
Tuberkulose	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Syphilis	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	
Gonorrhöe, chron. mit gonorrhöischen Fisteln und Strikturen	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	Oper. durch Urethrotomia externa
Cystitis und Prostatitis gonorrhoica	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	
Blasenblutungen durch Konkremente	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	Suchte Aufnahme zur Feststellung der Natur s. Leidens
Neuralgie	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
Magendarmkatarrh	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	
Zur Erholung	3	—	2	—	—	1	—	3	—	—	—	—	
Zusammen:	26	9	6	2	7	1	1	19	3	3	—	1	

II. Epidemische Krankheiten und hygienische Verhältnisse.

Der Rückgang schwerer Malariaerkrankungen ist im Vergleich zu früheren Jahren noch stärker in die Erscheinung getreten, da nur 3 im ganzen Jahre zur Hospitalbehandlung kamen. Vergleichsweise führe ich die Zahlen der im Hospital behandelten Malariapatienten der vorhergehenden 3 Jahre an: 1901/02 = 37; 1902/03 = 15; 1903/04 = 6.

Daß der Rückgang gerade der schweren Malariafälle an erster Stelle auf Rechnung der geübten Chininprophylaxis zu setzen ist, bedarf wohl kaum eines Beweises, da weder Assanierungsarbeiten noch zufällige Jahresschwankungen diesen Erfolg allein zu erklären vermögen. Leider muß auch in diesem Jahre gegenüber der Reduktion der Malaria ein Hervortreten der Darmerkrankungen, namentlich der Dysenterie konstatiert werden. Dabei sind die hier zur Beobachtung kommenden Dysenteriefälle sehr schwere, hartnäckig und chronisch verlaufende Formen. Von einer mustergültigen Wasserversorgung und Regelung des Klosettwesens der beiden Hauptplätze Lome und Anecho ist mit Bestimmtheit eine Eindämmung dieser Erkrankungen zu erwarten.

Die hygienischen Verhältnisse speziell Anechos — dessen Einwohnerzahl inkl. Sebe zwischen 38 und 28 Köpfen schwankte — boten während der ersten drei Quartale der Berichtszeit keine Besonderheiten dar, sondern waren während dieser Zeit sehr erfreuliche. Malaria war unter ihnen wenig vorgekommen, Schwarzwasserfieber gar nicht, und seit Mitte 1902 bis Ende 1904, also 2½ Jahre hindurch, war kein Todesfall zu verzeichnen gewesen. Unter den Bewohnern befanden sich durchschnittlich 8 Personen weiblichen Geschlechts, die gleichfalls im ganzen das Klima gut vertrugen. Unter ihnen waren 3 verheiratete Frauen. Zwei der letzteren machten während der Berichtszeit eine Entbindung durch. Die beiden hier zur Welt gekommenen Knaben entwickelten sich sehr gut. Beide Mütter befolgten während Gravidität, Puerperium und Laktation eine regelmäßige Chininprophylaxis. Sie blieben völlig malariafrei und nährten ihre Kinder 5 bzw. 10 Monate hindurch, ohne daß jemals Verdauungsstörungen oder sonstige Einflüsse aufs Kind durch das mütterliche Chinin beobachtet werden konnten. Einer der beiden Knaben, die nach Möglichkeit durch Moskitofernhaltung vor Malaria ge-

schützt wurden, akquirierte gleichwohl eine Tertiana, die er aber leicht überstand.

Leider erfuhr dieses günstige hygienische Bild eine unerwartete Trübung im letzten Vierteljahre. Ganz unerwartet trat das bisher hier unbekannte Gelbfieber auf. Wegen der großen Gefahr, die der Togoküste dadurch drohte, habe ich über die einzelnen beobachteten Fälle, über getroffene Maßnahmen usw. bereits ausführlichen Bericht eingereicht. An dieser Stelle möchte ich nur kurz die einschlägigen Verhältnisse resümieren und zwar teilweise übergreifend bis zum heutigen Tage, den 15. Mai 1905.

1. Anzahl der beobachteten Fälle.

Am 27. Januar starb ein Bruder der hiesigen Mission, wenige Tage darauf eine Schwester derselben, beide ohne ärztlich behandelt zu sein. Nachträgliche Erkundigungen ergaben, daß ersterer apoplektiform unter hoher Temperatur nach kaum eintägiger Krankheit starb, letztere unter Auftreten von Ikterus, schwarzem Erbrechen, aber ohne hämoglobinurischen Urin. Ob diese Fälle bereits Gelbfieber waren, kann leider nicht mehr entschieden werden. Etwa gleichzeitig mit letzterer Erkrankung verstarb am 31. Januar nach mehrtägiger Behandlung ein hiesiger junger Kaufmann im Hospitale. Die Krankheitssymptome mußten den dringenden Verdacht auf Gelbfieber nahe legen. Der Verdacht wurde sehr bald zur traurigen Gewißheit. Zehn Tage später erkrankte unter gleichen schweren Erscheinungen ein Pater. Er versuchte in Lome einen Heimatsdampfer zu erreichen, starb aber daselbst. Wenige Tage später erkrankte abermals ein hiesiger Kaufmann an Gelbfieber; er genas. Maßregeln, auf die ich kurz zurückkomme, wurden bereits nach dem ersten mir entgegengetretenen Falle in einer Konferenz mit dem stellvertretenden Gouverneur und dem Regierungsarzt Lomes festgelegt und nach dem zweiten Fall in Kraft gesetzt. Seit Ende Februar ist unter der Europäerschaft Anechos bis heute keine neue Fiebererkrankung vorgekommen. Indessen wurde Ende März ein junger Kaufmann aus Grandpopo ins Hospital gebracht, der noch an demselben Tage dem Gelbfieber erlag. Sehr bald darauf traf die Oberin der katholischen Mission aus Agoné, einem Orte, der drei Stunden von hier entfernt auf halbem Wege nach Grandpopo zu liegt, mit Gelbfieber in Anecho ein; eine zu ihrer Pflege von dort herbeigekommene Schwester erkrankte gleichfalls, beide starben,

Ein weiterer Import wurde durch eine seit dem 21. April bestehende Quarantäne gegen Grandpopo hin unmöglich gemacht. Außer diesen, dem Berichterstatter selbst entgegengetretenen Fällen erkrankten und starben sowohl in Agoné wie Grandpopo auch weiterhin Europäer an Gelbfieber. An letzterem Orte herrscht die Seuche noch jetzt, und zwar in zunehmender Heftigkeit. Die Einwohnerzahl der drei in Betracht kommenden Plätze Anecho, Agoné und Grandpopo betrug bein Einbruch des Gelbfiebers 62 Köpfe. Unter diesen sind 16 Gelbfiebererkrankungen bisher vorgekommen, von denen nur drei in Genesung übergingen. Einer der Rekonvaleszenten aus Grandpopo steht zur Zeit in der an der französischen Grenze errichteten Quarantänestation in Behandlung des Unterzeichneten. Aus obigen Zahlen erhellt die Schwere des Charakters der Epidemie.

2. Ergriffene Schutzmaſsregeln.

Die Gesichtspunkte, von denen aus dieselben in die Wege geleitet wurden, waren:

1. Verhinderung einer weiteren Ausbreitung von Anecho nach Lome und einer Einschleppung aus Grandpopo.
2. Bekämpfung der eine Ausbreitung der Seuche begünstigenden Bedingungen in Anecho selbst.

1. Um das unter 1. genannte Ziel zu erreichen, trat am 15. Februar eine durch etwa vier Wochen aufrecht erhaltene Landquarantäne für Europäer und Farbige zwischen Anecho und Lome ein. Nach Einschleppung der oben erwähnten neuen Fälle aus Dahomey wurde diese von neuem für drei Wochen in Kraft gesetzt, und gleichzeitig eine Land- und Seequarantäne gegen Grandpopo verhängt, die in aller Schärfe gegen Europäer und Eingeborene noch jetzt besteht. Die Vorkehrungen, die getroffen wurden, um eine Weiterverbreitung von der Person des Erkrankten aus zu verhindern, bestanden auf Grund der Ergebnisse der modernen Gelbfieberforschung lediglich in einer möglichst strengen Moskitofernhaltung. Auf die bei Gelbfieber früher üblichen ausgiebigen Desinfektionen der Wäsche, der Räumlichkeiten, der Dejektionen des Patienten usw. wurde verzichtet, wiewohl denselben vielfach noch große Bedeutung beigemessen zu werden scheint. So wurden Fässer mit Palmöl, die eine hiesige Firma nach Marseille zur Verschiffung brachte, im Ankunftshafen

einer sehr gründlichen und kostspieligen Desinfektion unterworfen.

2. Großer Wert mußte darauf gelegt werden, die Bedingungen für ein Endemischwerden des Gelbfiebers in Anecho selbst zu untergraben. Da wir den Gelbfieberträger in der Culexart der Stegomyia fasciata kennen (dieselbe konnte sowohl hier wie in Agoné und Grandpopo nachgewiesen werden), so war es geboten, eine energische Moskitobekämpfung in Angriff zu nehmen. Dieselbe liegt an sich für Anecho nicht leicht, da der wechselnde Wasserstand der Lagune mit Ausläufern und Tümpelbildungen ein großes Brutstättenfeld abgibt. Für die Vernichtung der Brut der Stegomyia indessen scheint dieses erst in zweiter Linie in Betracht zu kommen. Es liegen Beobachtungen mehrerer Forscher dahin vor, daß die Stegomyia eine Hausmücke ist, die sich nur kurze Strecken von menschlichen Behausungen entfernt, und daß sie namentlich ihre Eier mit Vorliebe innerhalb derselben in künstlichen Behältern mit stagnierendem Wasser ablegt, weniger in offenen Sümpfen. Es werden deshalb seit nunmehr einem Vierteljahr die Grundstücke der Europäer und Eingeborenen täglich von einer dazu angelernten Kolonne nach larvenhaltigem Wasser revidiert. Eine unlängst erlassene Gouvernementsverordnung hat für Lome und Anecho diese Moskitobekämpfung in eine feste Dauerform gekleidet. An den Regentagen sich bildende Pfützen werden möglichst rasch beseitigt, bzw. mit Saprol überschichtet. Um zu verhindern, daß die zur Zeit tiefstehende Lagune bei ihrem Ansteigen nach der Regenzeit wie früher ein sumpfiges Überschwemmungsgebiet bildet, das teilweise bis in die Grundstücke hereinreichte, wurde die Aufführung eines geradlinigen Dammes entlang des ganzen 1 km langen Lagunenufers Anechos ins Werk gesetzt. Derselbe wird so hoch aufgeführt, daß selbst beim höchsten beobachteten Wasserstande der Lagune ein Übertreten des Wassers unmöglich ist. Die Hälfte des Dammes ist vollendet. Für eine augenblickliche Hauptaufgabe, Anecho weiter und dauernd frei von Gelbfieber zu erhalten, halte ich es, eine Kommunikation mit Grandpopo mit aller Strenge genügend lange und sicher zu verhindern.

III. Krankheiten der Eingeborenen.

Die Poliklinik für Eingeborene erfreute sich auch in diesem Jahre eines regen Zuspruchs. Die Zahl der Zugänge betrug 603

und weist gegenüber den Vorjahren einen starken, aber nur scheinbaren Rückgang auf. Letzterer ist dadurch zu erklären, daß der bis Dezember 1904 in Anecho tätige Arzt durch eine monatelange, schwere Erkrankung (Dysenterie) in der vollen Ausübung seines Berufes stark behindert war. Ferner beeinträchtigte die infolge der Gelbfiebergefahr erforderliche Absperrung Anechos die Zahl der Zugänge, da viele derselben aus der näheren und ferneren Nachbarschaft stammen. Leider ist auch durch die baulich sehr primitiven Räumlichkeiten der Poliklinik, die nur einer beschränkten Anzahl von Kranken gleichzeitig Unterkunft gewähren können, einer Ausbreitung namentlich der chirurgischen Praxis unter den Eingeborenen eine unliebsame Grenze gesetzt.

Von Seuchen in epidemischer Ausbreitung blieb Anecho verschont. Namentlich gelang es nicht, hier oder in der Umgegend während der letzten Monate des Berichtsjahres einen Fall von Gelbfieber unter den Farbigen aufzufinden. Die endemische Malaria stellte wie früher ein großes Kontingent (79) der ärztlich behandelten Fälle. Pocken kamen an der Küste nicht vor. Um die Schutzimpfung auch im Hinterlande einzuführen bzw. einzubürgern und durchzuführen, erhielt der Berichterstatter den Auftrag, auf einer viermonatlichen Reise den Osten und Norden des Schutzgebietes zu durchziehen. Die dortigen Eingeborenen zeigten sich der Schutzimpfung durchweg sehr zugänglich und es konnten über 30 000 Impfungen vorgenommen werden. Die erforderliche Lymphe wurde auf der Expedition selbst gewonnen. Gleichzeitig wurden Vorkehrungen getroffen, die angebahnte Durchimpfung dieser Gegenden mit Hilfe der Stationen fortzuführen. Über die zu diesem Zwecke getroffenen Maßnahmen sowie die näheren Ergebnisse dieser Impfreise wurde bereits früher ausführlich berichtet.

Im ganzen zeigte die Krankenbewegung unter den Eingeborenen keine Abweichung gegen früher. Nur muß hervorgehoben werden, daß die Anzahl behandelter Fälle keineswegs immer einen Maßstab für die Häufigkeit des betreffenden Leidens unter den Eingeborenen abgeben kann. Bei der Indolenz der Neger gegen viele Krankheiten wird der Arzt vielfach erst dann konsultiert, wenn ernstere Komplikationen oder lebhafte Beschwerden eintreten. So sind z. B. die Geschlechtsleiden weit stärker verbreitet als die Zahl der Patienten (Syphilis 11 mal, Gonorrhoe 12 mal, Komplikationen der letzteren 11 mal) er-

warten läßt. Bei meinen anamnestischen Ermittelungen bezüglich der Gonorrhoe pflege ich schon längst nicht mehr die Frage zu stellen, ob der Betreffende sie durchgemacht hat, sondern wie vielmal.

Unter den älteren Küstennegern werden nur wenige angetroffen, die dieser Infektion entgangen wären. Ein gleiches gilt namentlich von den Hautkrankheiten (33) und parasitären Erkrankungen (48), die viel verbreiteter sind, als die Zahl der zur Behandlung gelangten Fälle vermuten lassen könnte. Den höchsten Prozentsatz an Erkrankungen (115 = 19 %) bildeten die äußeren Krankheiten: Wunden, Geschwüre, Verletzungen durch die verschiedenartigsten äußeren Gewalten.

Eingeborene Patienten.

	Krankheitsbezeichnung	Anzahl der Fälle	Bemerkungen
I. Infektionskrankheiten.	Akute Malaria	51	
	Larv. Malaria	28	
	Gelenkrheumatismus	5	
	Dysenterie	9	
	Syphilis	11	
	Beriberi	2	
	Tuberkulose	2	Bei beiden T. B. im Sputum. Einer derselben war längere Zeit in Deutschland
II. Verletzungen durch äufsere Gewalt.	Schufsverletzung	2	Durch eine derselben wurde die Amputation des Vorderarmes notwendig
	Brandwunden	3	
	Krokodilbifs	1	
	Skorpionstich	1	
	Kontusionen	7	
	Wunden durch Schnitt, Stich, Quetschung und Fremdkörper	50	
III. Knochen, Gelenke und Muskeln.	Muskelrheumatismus	14	
	Tendovaginitis	1	
	Periostitis	4	
	Frakturen	2	
	Hydrops	3	
	Genu valgum	1	
	Kypho-Skoliose	1	
	Gelenkschmerzen	17	Sämtliche Fälle betrafen Steuerarbeiter, die durch ungewohnte Arbeit an Gelenkversteifungen ohne weiteren Befund litten
IV. Nervensystem.	Neuralgie	3	
	Psychose	1	
	Übertrag	219	

	Krankheitsbezeichnung	Anzahl der Fälle	Bemerkungen
	Übertrag	219	
	Paraplegie	2	
	Kopfschmerz	15	
V. Sinnesorgane.	Conjunctivitis catarrhalis	24	
	Katarakte	6	
	Glaukom	3	
	Presbyopie	2	
	Hordeolum	2	
	Amaurose (centrale)	2	
	Leukoma adhaerens	2	
	Keratitis parenchym.	3	
	Synechien	2	
	Phlyktänen	3	
	Panophthalmie	1	
	Otitis media	5	
	Ceruminalpfropf	2	
	Fremdkörper (Gehörgang)	1	
VI. Respirationsapparat.	Bronchitis	17	Besonders zur Zeit des Harmattans auftretend
	Croup, Pneumonie	1	
	Bronchopneum.	1	
	Asthma	4	
	Pleuritis exsudat.	1	
	Pleuritis sicca	1	
VII. Zirkulationsapparat.	Anämie	4	
	Ascites	1	Einmal 8, einmal 4 Liter durch Punktion entleert
	Myocarditis	1	
	Lymphangitis	2	
	Chron. Lymphdrüsenschwellung	9	
	Herzbeschwerden (Nikotin?)	3	
VIII. Verdauungswege.	Stomatitis	9	
	Parotitis	1	
	Caries dentis	10	
	Verstopfung	34	
	Diarrhöe	12	
	Nabelbruch	1	
	incarcer. Nabelbruch	1	
	Inguinalhernie	9	
	Magenkatarrh	2	
IX. Harn- und Geschlechtsapparat.	Nephritis	2	
	Gonorrhöe	11	
	Epididymitis	5	
	Übertrag	436	

	Krankheitsbezeichnung	Anzahl der Fälle	Bemerkungen
	Übertrag . .	436	
	Strukturen (Fisteln) . .	4	In allen 4 Fällen war die Urethrotomie erforderlich, zweimal nach vorheriger Blasenpunktion
	Cystitis	2	
	Hydrocele	8	
	Häematocele	1	
	Dysmenorrhöe	7	
	Amenorrhöe	1	
	Perimetritis	2	
	Endometritis	1	
	Abort	1	
X. Hauterkrankung.	Ekzeme	14	
	Framboesie	5	
	Urticaria	3	
	Ringwurm	9	
	Herpes	2	
XI. Tumoren.	Ganglion (Hygrom) . .	4	
	Beckentumor	1	
	Osteosarkom	1	
	Fibrosarkom	1	Dasselbe hatte in sechsjährigem Wachstum, vom Unterkiefer ausgehend, nicht nur die ganze Mundhöhle ausgefüllt, sondern ragt faustgrofs aus dem Munde hervor. Die Operation glückte
	Osteoma sterni	1	
XII. Abszesse, Furunkel und Ulzerationen.	Drüsenabszesse . . .	6	
	Mastitis purul. . . .	2	
	Subphren. Abszefs . .	1	
	Hautabszefs	3	
	Hautgangrän	3	
	Phlegmonen	3	
	Furunkel	7	
	Panaritium	5	
	Ulcera cruris	21	
XIII. Parasitäre Erkrankungen.	Guineawurm	13	
	Scabies	12	
	Elephantiasis	4	
	Ankylostomum . . .	5	
	Askariden	7	
	Sandflohgeschwüre . .	4	
	Pediculi	3	
	Zusammen:	603	

Nachweisung

der

im Schutzgebiet Togo im Jahre 1904/05 verstorbenen Europäer.

Lfde. Nr.	Zeichen	Geschlecht	Alter	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	T.	männl.	33	28. 8. 03	28. 8. 03	Anecho 8. 7. 04	Typhus abdominalis, Perforationsperitonitis	
2	S.	„	32	3 Mon.	3 Mon.	Lome 9. 12. 04	Nierenentzündung	Beginn der Krankheit bereits in Deutschland
3	H.	„	40	3 Jahre 2 Mon	3 Jahre 2 Mon.	Anecho 26. 1. 05	Gelbfieber	Der Reg. Arzt ist von der Mission nicht zugezogen worden
4	D.	„	25	3½ Jahre	3½ Jahre	Anecho 31. 1. 05	Gelbfieber	
5	P.	weibl.	31	¾ Jahr	¾ Jahr	Anecho 22. 2. 05	Gelbfieber	Der Reg. Arzt ist von der Mission nicht zugezogen worden
6	M.	männl.	31	1 Mon.	1 Mon.	Tové 8. 2. 05	Unbekannt, wahrscheinlich Schwarzwasserfieber	Starb ohne ärztlichen Beistand
7	L.	„	28	5 Jahre	5 Jahre	Lome 14. 2. 05	Gelbfieber	
8	G.	„	23	3 Mon.	3 Mon.	Anecho 23. 3. 05	Gelbfieber	

IV. Deutsch-Südwestafrika.

(Ein Jahresbericht ist wegen der z. Z. noch im Schutzgebiet bestehenden Unruhen bisher nicht zur Vorlage gekommen.)

Verzeichnis

der im Jahre 1904 verstorbenen Weifsen.

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
			a. Im Bezirk Swakopmund.			
1	M.	$7^{24}/_{30}$ Monate	seit der Geburt	ohne Beruf	Bayer	Brechdurchfall.
2	B.	$69^{1}/_{2}$ Jahre	4 Jahre	„ „	Preuße	Schlaganfall.
3	B.	$7^{23}/_{30}$ Monate	seit der Geburt	„ „	„	Brechdurchfall.
4	B.	8 Monate	„ „ „	„ „	„	„
5	St.	$4^{5}/_{30}$ Monate	„ „ „	„ „	„	Darmlähmung.
6	R.	$1^{1}/_{12}$ Jahre	„ „ „	„ „	„	Darmkatarrh.
7	H.	$2^{1}/_{2}$ Monate	„ „ „	„ „	„	Gehirnkrämpfe.
8	B.	$50^{15}/_{24}$ Jahre	$1^{1}/_{2}$ Monate	Tischler	Österreicher	Chronische Malaria.
9	M.	7 Monate	seit der Geburt	ohne Beruf	Engländer	Krämpfe.
10	H.	$21^{3}/_{4}$ Jahre	unbekannt	Gefreiter	Bayer	Unterleibstyphus.
11	van W.	$1^{19}/_{30}$ Monate	seit der Geburt	ohne Beruf	Holländer	Nierenleiden.
12	B.	$36^{8}/_{12}$ Jahre	$2^{3}/_{4}$ Jahre	Heizer	Preuße	An den Folgen des Überfahrenwerdens durch Lokomotive.
13	T.	$21^{4}/_{12}$ „	unbekannt	Reiter	„	Blutvergiftung.
14	B.	$21^{1}/_{12}$ „	„	Pionier	„	Unterleibstyphus.
15	B.	26 „	$1^{7}/_{12}$ Jahr	Wirtschafterin	Badenser	Nierenentzündung nach Masern.
16	Sch.	21 Tage	seit der Geburt	ohne Beruf	Preuße	Brechdurchfall.
17	H.	$29^{2}/_{12}$ Jahre	unbekannt	Kaufmann	„	Herzleiden.
18	M.	$34^{3}/_{4}$ Jahre	„	Arbeiter	Kroate	Chronische Nierenentzündung.
19	A.	51 „	$4^{1}/_{4}$ Jahre	Tischler	Preuße	Herzschlag.
20	L.	$22^{3}/_{4}$ „	1 Monat	Reiter	„	Schuß durch die linke Brust.
21	M.	$28^{1}/_{12}$ „	unbekannt	Kesselschmied	„	Typhus.
22	D.	31 „	„	Lokomotivführer	„	Verbrühung.

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
23	K.	$24^5/_{12}$ Jahre	unbekannt	Heizer	Preuße	Verbrühung
24	W.	$24^2/_{12}$ „	„	Pionier	„	Unterleibstyphus.
25	K.	$57^4/_{12}$ „	$5^1/_{12}$ Jahre	Bäcker	Sachsen-Weimar	Herzschlag.
26	T.	$38^1/_2$ „	5 Jahre	Wirtschafterin	Preuße	Hirnhautentzündung.
27	B.	3 Tage	seit der Geburt	ohne Beruf	„	Lebensschwäche.
28	K.	$34^1/_2$ Jahre	$1^2/_{12}$ Jahre	Arbeiter	Mecklenburg-Schweriner	Unterleibstyphus.
29	M.	$2^1/_2$ Monate	seit der Geburt	ohne Beruf	Bayer	Magendarmkatarrh.
30	C.	$23^1/_2$ Jahre	$5^1/_2$ Monate	Arbeiter	Italiener	Herzlähmung.
31	M.	unbekannt	unbekannt	„	„	Lungenentzündung.
32	B.	8 Monate	1 Monat	ohne Beruf	Preuße	Brechdurchfall.
33	Z.	$26^2/_{12}$ Jahre	unbekannt	Reiter	„	Schuß durch die Halswirbelsäule.
34	Sch.	$22^2/_{12}$ „	„	Pionier	„	Unterleibstyphus.
35	B.	4 Monate	seit der Geburt	ohne Beruf	Engländer	Abzehrung.
			b. Im Bezirk Gibeon.			
36	M.	25 Jahre	in Afrika geboren	ohne Beruf	ohne	Im Wochenbett gestorben.
37	Sch.	25 „	$1^1/_2$ Jahre	Gefreiter	Preuße	Fieber.
38	K.	30 „	2 „	ohne Beruf	Niederländer	„
39	K.	36 „	in Afrika geboren	Schäfereidirektor	Engländer	Ermordet.
40	M.	35 „	desgl.	Farmer	Deutscher	„
41	v. B.	37 „	$10^1/_4$ Jahre	Bezirksamtmann	Preuße	„
42	H.	32 „	$10^1/_4$ „	Gefreiter d. L. II	„	„
43	M.	26 „	$3^1/_2$ „	Unteroffizier	„	„
44	H.	27 „	$5^1/_4$ „	Zivilpolizist	„	„
45	G.	25 „	3 „	Reiter	„	„
46	H.	32 „	4 „	Missionstechniker	„	„
47	H.	48 „	8 „	Schäfereiverwalter	Mecklenburg-Schweriner	„
48	M.	17 „	in Afrika geboren	Ansiedler	Deutscher	„
49	D.	17 „	desgl.	„	ohne	„
50	Sch.	53 „	14 Jahre mit Unterbrechungen	Farmer	Preuße	„
51	de V.	52 „	in Afrika geboren	„	ohne	„
52	B.	34 „	$11^1/_2$ Jahre	„	Preuße	„
53	W.	34 „	$11^1/_2$ „	„	„	„
54	W.	29 „	$8^1/_4$ „	„	„	„
55	K.	31 „	$10^1/_4$ „	Händler	„	„

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
56	H.*)	unbekannt	unbekannt	unbekannt	Engländer	Ermordet.
57	F.	35 Jahre	$11^1/_2$ Jahre	Zivilpolizist	Preuße	„
58	H.	32 „	$8^1/_4$ „	Farmer	„	„
59	B.	25 „	in Afrika geboren	„	Deutscher	„
60	B.	23 „	desgl.	„	„	„
61	K.	26 „	4 Jahre	„	Königreich Sachsen	„
62	G.	30 „	6 „	„	Großh. Oldenburg	„
63	St.**)	40 „	in Afrika geboren	„	ohne	„
64	St.	12 „	desgl.	„	„	„
65	F.	31 „	desgl.	„	Engländer	„
66	S.	unbekannt	desgl.	„	ohne	„
67	G.	53 Jahre	11 Jahre	Kulturtechniker	Preuße	„
68	J.	31 „	$9^1/_2$ „	Meßgehilfe	„	„
69	B.***)	50 „	in Afrika geboren	Farmer	ohne	Gefallen.
70	S.***)	29 „	desgl.	Ansiedler (Kriegsfreiwilliger)	„	„
71	C.	25 „	desgl.	Farmer	Engländer	Ermordet.
72	L.	24 „	desgl.	„	Deutscher	„
73	R.	unbekannt	desgl.	„	ohne	„
74	H.	3 Monate	im Schutzgebiete geboren	„	Preuße	Schwäche.
75	B.	38 Jahre	in Afrika geboren	ohne Beruf	ohne	Krebs.
			c. Im Distrikt Grootfontein.			
76	St.	$32^3/_4$ Jahre	7 Jahre	Unteroffizier	Preuße	Gefallen.
77	C.	25 „	$2^1/_2$ „	Gefreiter	„	„
78	P.	25 „	$2^1/_2$ „	Reiter	„	„
79	W.	31 „	unbekannt	Farmer	„	„
80	M.	33 „	„	„	Badenser	Ermordet.
81	K.	25 Tage	25 Tage	„	Preuße	
82	V.	2 Jahre	2 Jahre	„	Transval	
83	K.	40 „	10 „	Missionar	Preuße	Schwarzwasserfieber.
84	Sch.	43 „	$1^1/_2$ „	Farm-Verwalter	„	Linksseitiger Lungenschuß.
85	D.	$2^{22}/_{30}$ Monate	$2^{22}/_{30}$ Monate	desgl.	„	Malaria.
86	S.	3 Jahre	3 Jahre	.	.	Masern.
87	H.	.	5 Monate	Leutnant	Preuße	Schuß durch den rechten Unterschenkel.
88	D.	4 Jahre	4 Jahre	.	Transval	Masern.

*) Auf der Durchreise von der Kapkolonie nach Windhuk.
**) Hatte im September 1903 die deutsche Reichsangehörigkeit beantragt.
***) Im Gefecht bei Sechskamelbaum am 31. Oktober 1904.

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
89	O.	1 Jahr	1 Jahr	.	Transval	Masern.
90	D.	30 Jahre	4 Monate	Leutnant d. R.	Preuße	Unterleibstyphus.
91	W.	24 „	4 „	Gefreiter	„	„
92	P.	19 „	5 „	Reiter	„	„
93	S.	$1^{7}/_{12}$ „	$1^{7}/_{12}$ Jahre	.	.	Masern.
94	Sch.	43 „	$3^{1}/_{2}$ Jahre	Ansiedler	.	Schwarzwasserfieber.
95	L.	20 „	10 „	.	.	Masern und Frühgeburt.
96	K.	37 „	7 „	Arbeiter	.	Blinddarmentzündung.
97	P.	12 „	8 „	.	.	Lungenentzündung.
98	G.	1 Jahr	1 Jahr	.	.	Malaria.
99	Z.	.	5 Monate	Reiter	Preuße	Unterleibstyphus.
100	H.	.	5 „	„	„	„
101	K.	28 Jahre	8 „	Sergeant	„	„
102	W.	22 „	7 „	Reiter	„	„
103	K.	22 „	9 „	„	„	„

d. Im Bezirk Keetmanshoop.

104	M.	10 Monate	10 Monate	.	Preuße	Brechdurchfall.
105	B.	25 Jahre	5 Jahre	Unteroffizier	„	Typhus.
106	B.	24 „	$1^{1}/_{2}$ „	Gefreiter	„	„
107	B. v. St.	28 „	.	Leutnant	„	Gefallen.
108	St.	28 „	3 Jahre	Sergeant	„	„
109	A.	26 „	$1^{3}/_{4}$ „	Gefreiter	„	„
110	Sch.	22 „	3 Monate	Reiter	„	„
111	E.	28 „	3 „	Leutnant	„	„
112	N.	21 „	3 „	Reiter	„	„
113	O.	22 „	3 „	„	„	„
114	S.	27 „	$5^{1}/_{2}$ Jahre	Unteroffizier	„	„
115	L.	22 „	6 Monate	Reiter	„	„
116	G.	21 „	6 „	„	Hesse	„
117	Sch.	23 „	6 „	„	Preuße	„
118	Sch.	.	6 „	„	.	„
119	R.	.	.	Unteroffizier d. L.	.	„
120	J.	.	3 Jahre	Gefreiter	.	„
121	F.	.	6 Monate	Reiter	.	„
122	W.	.	6 „	„	.	„
123	Sch.	.	6 „	Leutnant	.	„
124	v. H.	.	6 „	„	.	„
125	G.	.	3 Jahre	Unteroffizier	.	„
126	H.	.	3 „	Gefreiter	.	„
127	M.	.	3 „	Reiter	.	„
128	M.	.	6 Monate	„	.	„
129	B.	.	3 Jahre	„	.	„
130	O.	.	6 Monate	„	.	„
131	B.	.	6 „	Unteroffizier	.	Vermißt.
132	H.	.	.	Matrose	.	Ertrunken.
133	B.	.	.	Farmer	.	Selbstmord.

Lfde. Nr.	Name	Alter	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet oder in den Tropen überhaupt	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Todesursache
1	2	3	4	5	6	7
134	N.	.	$5^1/_2$ Jahre	Unteroffizier	.	Gefallen.
135	D.	.	6 Monate	Reiter	.	„
136	K.	.	6 „	Gefreiter	.	„
137	K.	.	2 Jahre	Reiter	.	„
138	S.	.	6 Monate	Gefreiter	.	Vermißt.
			e. Im Distrikt Warmbad.			
139	M.	26 Jahre	3 Jahre	Gefreiter	Bundesstaat unbekannt	Verunglückt.
140	Sch.	20 „	4 Monate	Reiter	Preuße	Gefallen.
141	Sch.	30 „	6 „	Leutnant	„	„
142	v. H.	$25^4/_{12}$ „	6 „	„	„	„
143	G.	$27^{19}/_{24}$ „	5 Jahre	Unteroffizier	Sachsen-Weimar-Eisenach	„
144	B.	$23^{11}/_{12}$ „ 3 Tage	6 Monate	„	Preuße	„
145	N.	$27^2/_{12}$ Jahre, 18 Tage	5 Jahre	„	„	„
146	B.	$25^1/_4$ Jahre, 21 Tage	3 „	Reiter	„	„
147	M.	$24^1/_2$ Jahre, 3 Tage	2 „	Gefreiter	„	„
148	D.	$22^4/_{12}$ Jahre, 20 Tage	6 Monate	Reiter	„	„
149	M.	$21^2/_{12}$ Jahre, 7 Tage	6 „	Gefreiter	„	„
150	S.	$25^3/_{24}$ Jahre,	6 „	„	„	„
151	H.	$24^{11}/_{12}$ Jahre, 23 Tage	2 Jahre	„	Sachsen-Weimar-Eisenach	„
152	O.	$20^{10}/_{12}$ Jahre, 9 Tage	6 Monate	Reiter	Preuße	„

V. Deutsch-Neu-Guinea.

A. Herbertshöhe.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Seibert.)

a. Die Krankheiten der Europäer.

Die durchschnittliche Zahl der Beamten betrug einschließlich 3 Frauen nebst 2 Kindern 20. Ferner wurden behandelt Angehörige verschiedener Firmen, der Missionen, der Handels- und Kriegsmarine.

Es wurden insgesamt behandelt 270 Kranke bei 860 Behandlungstagen mit 3 Toten.

	Krank	Tot
I. Die Infektions- und Schmarotzerkrankheiten:		
1. Malaria	101	—
2. Schwarzwasserfieber	5	—
3. Tuberkulose der Lungen	6	—
4. Influenza	3	—
5. Masern	3	—
6. Akuter Gelenkrheumatismus	3	—
7. Syphilis	2	—
8. Gonorrhöe	5	—
Schmarotzerkrankheiten:		
9. Bandwurm	1	—
II. Vergiftungen:		
10. Chronische Trunksucht	1	—
III. Äußere Einwirkungen:		
11. Sehnenzerrung des Kniegelenkes	1	—
12. Quetschwunde des rechten Oberarmes	1	—
13. Kontusion des Kniegelenkes	1	—
14. Komplizierte Fraktur des rechten Unterschenkels	1	—
15. Infraktion des Schienbeines	1	—
16. Verstauchung des Handgelenkes	1	—
17. Verstauchung des Fußgelenkes	1	—

	Krank	Tot
18. Verrenkung der rechten großen Zehe	1	—
19. Schußwunde des rechten Oberarmes	1	—
20. Wunde der rechten großen Zehe	1	—
21. Wunde des rechten Oberschenkels	1	—
22. Fremdkörper des Auges	2	—
23. Gehirnerschütterung	1	—
IV. Störungen der Entwicklung und Ernährung:		
24. Diabetes	1	—
V. Krankheiten der Organe:		
a) Haut und Zellgewebe:		
25. Urticaria	1	—
26. Ekzem	2	—
27. Zellgewebsentzündungen	20	—
b) Muskeln und Sehnen:		
28. Muskelrheumatismus	2	—
c) Krankheiten der Knochen, Knorpel u. Gelenke:		
29. Entzündung des Kniegelenkes	1	—
d) Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Drüsen:		
30. Lymphdrüsenvereiterung	3	—
e) Krankheiten des Gefäßsystems:		
31. Aneurysma	1	1
32. Myocarditis	3	—
33. Herzneurose	2	—
f) Krankheiten des Nervensystems:		
34. Hirnhautentzündung	1	1
35. Neuralgie	2	—
36. Supraorbitalneuralgie	2	—
37. Neuralgie des Ulnaris	1	—
38. Intercostalneuralgie	1	—
39. Eklampsia infantum	1	1
40. Neurasthenie	1	—
g) Krankheiten des Ohres:		
41. Mittelohrkatarrh	3	—
h) Krankheiten des Auges:		
42. Augenbindehautentzündung	2	—
43. Regenbogenhautentzündung	4	—
i) Krankheiten der Respirationsorgane:		
44. Rachenkatarrh	6	—
45. Bronchitis	4	—
46. Brustfellentzündung	1	—
k) Krankheiten des Verdauungsapparates:		
47. Karies der Zähne	8	—
48. Unterkieferphlegmone	1	—

	Krank	Tot
49. Magenkatarrh	11	—
50. Darmkatarrh	16	—
51. Obstipation	3	—
52. Hernia inguinalis incarcerata	1	—
l) Krankheiten der Harnorgane:		
53. Blasenkatarrh	1	—
54. Nierenentzündung	3	—
55. Nierensteine	2	—
m) Krankheiten der Geschlechtsorgane:		
56. Hydrocele	1	—
57. Menorrhagie	1	—
58. Abort	1	—
59. Normale Entbindung	1	—

Außer den angeführten Weißen starben noch vier auf Außenstationen, von denen die Todesursache nicht ermittelt werden konnte. Ein Händler fand seinen Tod durch Ersticken beim Tauchen. Ferner wurden 11 Personen durch die Eingeborenen ermordet, und zwar 1 Händler und 10 Mitglieder des katholischen Missionsordens vom Heiligsten Herzen Jesu (5 Missionare und 5 Schwestern), letztere auf der Missionsstation St. Paul in den Bainingerbergen. Es sind demnach im verflossenen Jahre im ganzen 19 Weiße gestorben.

b. Die Krankheiten der Farbigen.

Die durchschnittliche Iststärke der dem Gouvernement unterstehenden Farbigen betrug im verflossenen Jahre 373 Köpfe, und zwar 7 Chinesen, 6 Malayen, 200 Soldaten, 120 Arbeiter, 40 Frauen. Unter diesen 373 Köpfen kamen 996 Erkrankungen vor mit 16 Toten. Die Zahl der Verpflegungstage betrug 11 468.

I. Infektions- und Schmarotzerkrankheiten:	Krank	Tot
1. Malaria	151	1
2. Dysenterie	15	3
3. Beri-Beri	9	1
4. Influenza	24	—
5. Akuter Gelenkrheumatismus	1	—
6. Tuberkulose	7	2
7. Masern	6	—
8. Framboesia tropica	1	—
9. Gonorrhöe	13	—
10. Ulcus molle	8	—
11. Syphilis	3	—

	Krank	Tot
Schmarotzerkrankheiten:		
12. Scabies	42	—
13. Tinea imbricata	20	—
II. Vergiftungen:		
14. Eine Vergiftung, deren Natur nicht näher angegeben und die mit dem Tode endete	1	1
III. Chirurgische Krankheiten:		
15. Unterschenkelgeschwüre, Zellgewebsentzündungen, Furunkel, Abszesse und eiterige Sehnenscheidenentzündungen	435	3
16. Wunden	66	1
17. Knochenbrüche und Kontusionen	3	—
IV. Störungen der Entwicklung und Ernährung:		
18. Entkräftung	1	—
19. Myom der Gebärmutter	1	—
20. Narbenkeloid	1	—
V. Krankheiten der Haut:		
21. Ekzem	4	—
VI. Krankheiten der Muskeln und Sehnen:		
22. Muskelrheumatismus	1	—
VII. Krankheiten des Gefäßsystems:		
23. Herzmuskelentartung	1	—
VIII. Krankheiten des Nervensystems:		
24. Auf ihren Geisteszustand wurden beobachtet	4	—
25. Kongestion	1	—
26. Rückenmarksentzündung	1	1
27. Rückenmarkslähmung	1	—
28. Epilepsie	3	—
IX. Krankheiten des Ohres:		
29. Erkrankungen des äußeren Gehörganges	11	—
X. Krankheiten des Auges:		
30. Entzündung der Bindehaut	22	—
XI. Krankheiten der Respirationsorgane:		
31. Kehlkopfentzündung	1	—
32. Akute Bronchitis	46	—
33. Lungenentzündung	28	1
34. Brustfellentzündung	10	—
XII. Krankheiten des Verdauungsapparates:		
35. Gingiritis	4	—
36. Magenkatarrh	1	1
37. Magengeschwür	1	—
38. Darmkatarrh	36	—
XIII. Krankheiten der Leber und der Gallenblase:		
39. Ikterus	1	—

	Krank	Tot
XIV. Krankheiten der Harnorgane:		
40. Nephritis	1	1
XV. Krankheiten der Geschlechtsorgane:		
41. Paraphimose	2	—
42. Nebenhodenentzündung	2	—
43. Hydrocele	1	—
44. Gebärmutterentzündung	1	—
45. Normale Entbindungen	3	—

c. Viehseuchen.

Eine Seuche des Viehbestandes der Neu-Guinea-Kompagnie auf ihrer in unmittelbarer Nähe von Herbertshöhe gelegenen Station Kenabot ist zu erwähnen. Die Herde bestand aus 118 Stück. Der Beginn der Seuche ist auf Anfang Februar zu setzen, das Ende auf den 1. März 1905. Der Gesamtverlust betrug 62, also 52,6 %. Die Diagnose „Rinderpest" wurde nach den Symptomen, dem Verlauf, dem Sektions- und dem negativen mikroskopischen Blutbefunde gestellt. Die Seuche ist mutmaßlich durch ein aus Hongkong stammendes Kalb eingeschleppt worden. Die getroffenen Maßnahmen bestanden in sofortiger Trennung und Isolierung der erkrankten, der verdächtigen und der anscheinend gesunden Tiere. Zur Bekämpfung der Seuche wurde die Gallenimpfung nach Robert Koch vorgeschlagen. Die Impfung wurde zunächst an zwei Tieren vollzogen, die die Seuche überstanden. Sogleich sämtliche Tiere zu impfen, war nicht möglich, weil es außerordentlich schwierig war, die verwilderten Tiere zu werfen und zu fesseln.

B. Kaiser-Wilhelmsland.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Hoffmann.)

Europäer und Europäerhospital.

1. Allgemeines.

Die Zahl der Europäer in Kaiser-Wilhelmsland in diesem Berichtsjahre betrug im ganzen 128 gegen 113 im vergangenen Berichtsjahr. Von den 128 Europäern waren 97 Männer, 22 Frauen und 9 Kinder. Davon starben im Laufe des Jahres 4 Männer und 1 weibliche Person, im ganzen also 5 = 3,9 %. Einer dieser Todesfälle betraf nicht einen Europäer des Landes, sondern einen Angestellten des Lloyddampfers, der mit einer hoffnungslosen all-

gemeinen eitrigen Bauchfellentzündung nach der Operation im hiesigen Hospital behalten wurde, wo er nach einigen Stunden starb. Ein zweiter Todesfall, der eines neu herausgekommenen Beamten der Kompagnie, erfolgte ebenfalls an allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung nach einem Teschingschuß. Von den übrigen 3 Todesfällen betraf einer einen Beamten der Kompagnie mit Schwarzwasserfieber, einer einen Bruder und der dritte eine Schwester der Mission in Tumleo; beides angeblich auch Fälle von Schwarzwasserfieber.

Die beigegebenen Tabellen beschränken sich auch diesmal auf die in Friedrich-Wilhelmshafen ansässigen 15 bis 20 Europäer und auf die im hiesigen Europäerhospital behandelten Fälle. Im ganzen sind die Gesundheitsverhältnisse nicht als ungünstig zu bezeichnen.

Das Europäerhospital auf Beliao ist, abgesehen von geringfügigen Ausbesserungen, wie Beginn der Holzverschalung, nicht verändert worden; es hat sich auch weiter bewährt. Dadurch, daß auch das Arbeiterhospital nach der Insel Beliao verlegt wurde, ist die Versorgung beider Hospitäler durch den Arzt und den europäischen Heilgehilfen leichter geworden.

Der Bau des Weges auf den Hansemannberg und eines Erholungshauses dort ist in Angriff genommen. Der Bau soll in bescheideneren Grenzen erfolgen, als es ursprünglich geplant war. Da es sich aber, wie ich in meinem vorigen Jahresberichte betonte, nicht um ein Sanatorium, sondern nur um einen Erholungs- und Ausflugsort handeln kann, wird der beabsichtigte Erfolg sich erreichen lassen.

Auf der hiesigen Station beginnt man jetzt mit der Erneuerung der fast durchgängig sehr baufälligen und zum Teil auch unzweckmäßigen Häuser. Die Neubauten erfolgen auf der im vorjährigen Bericht erwähnten Schering-Halbinsel. Zu wünschen ist, daß wenigstens die Umgebung der Häuser frei von Kokosnußpflanzen bleibt.

In der Pflanzung selbst, zum Teil ganz in der Nähe von Europäerhäusern, liegen noch mehrere größere Sümpfe, deren Beseitigung im hygienischen Interesse dringend zu wünschen ist. Einer dieser Sümpfe, in dessen Nähe mehrere Häuser stehen, ist jetzt von der Kompagnie an das Gouvernement abgetreten worden und wird zugeschüttet. Hoffentlich geschieht das Gleiche auch im Laufe der Zeit mit den übrigen Sümpfen auf oder dicht bei der Station. Dann, wenn außerdem auch erst die Kokosnüsse eine Höhe erreicht

haben, daß sie eine Brutstätte für Moskitos nicht mehr bilden, wird vielleicht mit Erfolg an eine Ausrottung der Moskitos gedacht werden können. Für jetzt, und wohl noch auf Jahre hinaus, stehe ich auf dem im vorigen Jahresberichte vertretenen Standpunkt, daß hier vorerst noch der Hauptwert auf die Chinin-Prophylaxe des einzelnen zu legen ist. Welche Art der Prophylaxe zu beobachten ist, wird von der individuellen Reaktion des Patienten auf Chinin abhängen. In letzter Zeit habe ich die von Külz (Togo) empfohlene 0,5 Gramm-Chininprophylaxe jeden 5. und 6. Tag bei einigen, die sehr stark unter Chininnebenwirkungen zu leiden haben, versucht. Über den Erfolg vermag ich bei der Kürze der Zeit vorläufig noch nichts zu berichten. Die fünftägige 1 Gramm-Chininprophylaxe hat sich auch in diesem Jahre in den meisten Fällen der Anwendung bewährt. So habe ich selbst bei dieser Prophylaxe seit dem im vorigen Bericht erwähnten Fieber (Ende Mai 1904) bis jetzt (Anfang Juli 1905) einen neuen Anfall nicht gehabt. Unter derselben Prophylaxe ist auch der europäische Heilgehilfe 1 Jahr lang fieberfrei geblieben und bekam dann ein leichtes Fieber, wahrscheinlich, nachdem die letzte Chininkapsel wirkungslos wieder abgegangen war. In Fällen, in denen trotz der fünftägigen Chininnahme Fieber auftritt, pflege ich zur sieben- und acht- oder acht- und neuntägigen Prophylaxe zu raten. Gegenüber der Angabe der Patienten über die Chininnahme und die Zahl ihrer Fieber ist Vorsicht sehr am Platze, wenn man nicht selbst Gelegenheit hatte, den betreffenden Patienten zu beobachten. Die meisten Herren setzen einen gewissen Stolz darin, ohne Chinin möglichst lange fieberfrei zu bleiben. In ihren Angaben und Erzählungen vergessen sie dann manches Fieber, das sie gehabt, und manches Gramm Chinin, das sie genommen haben. Das habe ich wiederholt bei sonst zuverlässigen Herren, die ich selbst in ihrer angeblich fieberfreien und chininlosen Zeit wegen Malaria mit Chinin behandelt hatte, beobachtet. Andere Herren wieder, die trotz angeblich innegehaltener Prophylaxe Fieber bekommen, scheuen sich, dem Arzt gegenüber einzugestehen, daß sie das eine oder das andere Mal die Chininnahme vergessen oder absichtlich ausgelassen haben, und man erfährt das dann erst von anderer Seite. Auch ich glaube, wie Dr. Hintze in seinem Bericht aus Togo anführt, daß den von den einzelnen ausgefüllten Listen ein allzu großer Wert nicht beizulegen ist, wenn auch bei einem sehr großen Material die einzelnen Ungenauigkeiten wohl wieder ausgeglichen werden.

Es gibt auch Fälle, besonders unter den schon länger im Lande weilenden Europäern, wo eine regelmäßige Chininprophylaxe fast unmöglich, ja wohl auch überflüssig erscheint. Ich meine die Fälle, wo das Chinin sehr starke Nebenwirkungen macht, wo aber die Fieber ohne Prophylaxe auch nur sehr selten sind. In solchen Fällen wird man sich häufig damit begnügen können, den einzelnen Fieberanfall energisch zu behandeln. Bei diesen selten auftretenden Fiebern scheint mir wichtiger als die Zahl der Fieber der sonstige Allgemeinzustand. Denn die Malariainfektion, besonders in den nicht frischen Fällen, offenbart sich ja nicht nur in regelmäßigen Fieberanfällen. Neurasthenische Beschwerden, besonders des Herzens, Herabsetzung des Haemoglobingehalts, allgemeine Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit und sonstige derartige allgemeine Beschwerden, zuweilen mehr oder weniger starke Milzschwellung, auch ohne Parasitenbefund, scheinen mir in derartigen Fällen der sehr seltenen Fieber und ebenso seltenen Hineinnahme bei sogenannten alten Tropenleuten der Beginn einer Malariakachexie. In solchen Fällen ist eine Behandlung nur jedes auftretenden Fiebers ganz ungenügend. Das Beste in solchem Falle ist es, das Land möglichst bald zu verlassen, so lange es noch nicht zu spät ist. Einen derartigen Fall beobachtete ich hier bei einem alten Missionar. Als er schließlich gezwungen in sehr elendem Zustande die Reise nach Sidney antrat, war die Seefahrt nur von vorübergehend günstigem Einfluß. Nach etwa achtwöchigem Hospitalaufenthalt in Sidney trat der Tod ein. In einem anderen ähnlichen Falle bei einem Herrn, der mit geringen Unterbrechungen seit über 10 Jahren im Lande weilte, der in den letzten Jahren kein Fieber mehr gehabt und auch kein Chinin mehr genommen hatte, bei dem sich auch bei wiederholten Untersuchungen in diesen Jahren keine Parasiten mehr gefunden hatten, erfolgte die Heimsendung. Es bestanden: beschleunigte Herztätigkeit, Herzklopfen, Appetitlosigkeit, Schwäche der Extremitäten, Herabsetzung des Haemoglobingehalts auf 50 % nach Gowers, Milzstiche, besonders beim Fahren und Reiten, sowie Milzvergrößerung. In Europa machte Patient eine Chininkur durch, und kehrte dann in gutem Allgemeinzustand nach sechsmonatigem Aufenthalt in Europa hierher zurück. Er nimmt seitdem dauernd jeden fünften Tag 0,5 Gramm Chinin bzw. Euchinin mit gutem Erfolge.

Von den in neuester Zeit empfohlenen Ersatzmitteln des Chinins standen mir die Esanophelespillen zur Verfügung. Ihr

Preis ist ein sehr hoher, ihre Anwendung konnte bisher hier nur eine sehr beschränkte sein. In einigen Fällen wurde selbst bei ihrer Anwendung über starke Chininnebenwirkungen geklagt. In einem Falle, in dem nur Esanophelespillen genommen wurden, trat trotzdem ein sogar tödliches Schwarzwasserfieber ein. Ebenso wurde auch einmal ein Schwarzwasserfieber bei einem Herrn beobachtet, der stets Euchinin nahm.

In der Behandlung der Fieber beobachte ich noch die im vorigen Jahresbericht erwähnte Methode. Bei der subkutanen Chinineinverleibung habe ich in diesem Berichtsjahre doch einige Abszesse und auch einige lange Zeit zurückbleibende harte Schwellungen beobachtet. Ich glaube, daß diese schädlichen Wirkungen wohl doch auf mangelnde Asepsis zurückzuführen sind.

In den Fällen von Schwarzwasserfieber, die mit völliger Anurie einhergehen, das heißt also in denen, deren Prognose sehr ungünstig ist, wird therapeutisch vielleicht noch die Lumbalpunktion versucht werden können, die ja nach neueren Untersuchungen auf die Diurese sehr günstig wirken soll, und bei der vielleicht auch Rückenmark und Gehirn von Giftstoffen entlastet werden. Ob die Diuretica, die durch direkte Reizung des Nierengewebes wirken, überhaupt angezeigt sind, erscheint mir nach dem Sektionsbefunde bei derartigen Fällen zweifelhaft.

2. Statistik des Europäerhospitals.

Im Europäerhospital zu Friedrich-Wilhelmshafen fanden im Laufe des Berichtsjahres im ganzen 51 Kranke Aufnahme mit 606 Behandlungstagen. Auf einen Krankheitsfall kommen also 11,9 Behandlungstage. Auf die Beamten der Neu-Guinea-Kompagnie der Station Friedrich-Wilhelmshafen, durchschnittlich etwa 15 Herren, entfallen davon 20 Krankheitsfälle mit 114 Krankentagen, für jeden Fall also 5,7 Tage. An diesen 20 Fällen, bei denen es sich nicht nur um Malariaerkrankungen handelte, beteiligten sich nur 9 Herren, und zwar mußte einer fünfmal, einer viermal, einer dreimal, zwei je zweimal und vier je einmal ins Hospital aufgenommen werden.

S. Tabelle I und II.

Von den Gouvernementsbeamten (5) kamen 2 Krankheitsfälle mit im ganzen 13 Krankentagen in Hospitalbehandlung. Beidemal handelte es sich um denselben Patienten, der dann nach etwa zweieinhalbjähriger Dienstzeit die Heimreise antrat und auf dessen Krankengeschichte noch später einzugehen sein wird. Wie sich im

übrigen die Krankheitsfälle im Hospital auf die einzelnen Stationen verteilten, ist aus Tabelle II ersichtlich. Bei den 8 englischen Schiffbrüchigen handelte es sich um die Besatzung eines englischen Segelschiffes, das bei den Siassi-Inseln gescheitert war. Es waren im ganzen 24 Mann, von denen ein Teil (8 Mann) erst nach wochenlangen Irrfahrten hier anlangte, zum Teil schon an Malaria erkrankt. Mehrere Wochen mußten sie dann auch hier noch auf den Postdampfer warten. Einige von ihnen, die sich der Chininnahme gar nicht anbequemen konnten, hatten dann auch mehrere Fieber durchzumachen, ehe sie sich von der Zweckmäßigkeit der häufigeren Chininnahme überzeugten.

Von den Beamten des Gouvernements starb keiner; von den im Hospital zu verzeichnenden 3 Todesfällen betrafen zwei Beamte der Neu-Guinea-Kompagnie, während es sich beim dritten Falle um den oben erwähnten Maschinisten des Lloyddampfers mit allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung handelte. Bei den beiden Todesfällen unter Kompagniebeamten lag als Ursache einmal ein Schwarzwasserfieber mit völliger Anurie vor, im zweiten Falle eine allgemeine eitrig-jauchige Bauchfellentzündung infolge mehrfacher Darmverletzung durch einen unglücklichen Zufallsschuß mit einem Tesching.

Die beiden Todesfälle bei der Mission in Tumleo finden sich nicht in Tabelle I, da auch sie nicht in Hospitalbehandlung waren. Nach den Angaben scheint es sich in beiden Fällen um Schwarzwasserfieber gehandelt zu haben. Ärztliche Behandlung oder Beobachtung hatte nicht stattgefunden.

Die einzelnen Krankheiten.

S. Tabelle III.

Von den im Hospital in Behandlung gekommenen Fällen kommen 62,7 % der Kranken und 45,7 % der Krankentage auf Malaria und Schwarzwasserfieber. Ein großer Prozentsatz, 9,9 % der Kranken und 30,4 % der Krankentage entfallen auf Geschlechtskrankheiten, und zwar fast durchgängig Geschlechtskrankheiten, die nicht hier erworben wurden.

a. Malaria.

Bei weitem die Mehrzahl der Malariaerkrankungen bestanden aus Fieberanfällen der Malaria tropica. Es sind dabei die Mischformen, bei denen sich auch Tropicaringe fanden, mit hierher ge-

zählt. Quartanformen kamen in diesem Jahr überhaupt nicht in Hospitalbehandlung. Von den Erkrankungen an Malaria verdienen 2 Fälle etwas ausführlicher behandelt zu werden; einer, bei dem noch die Wirkungen eines Sonnenstichs hinzutraten, und einer, den ich glaube als Malaria-Pneumonie bezeichnen zu dürfen.

Nr. 1. Patient war bei starker Sonnenglut in Stephansort im Flußbett vom Pferd gefallen; sein Tropenhut war von der Strömung weggerissen worden. Er war daher gezwungen, einen weiten Weg ohne Hut zu machen. Bald traten Kopfschmerzen und einige Stunden darauf Fieber ein. Die Kopfschmerzen wurden stärker, dazu kamen Schmerzen in der Magengegend und im Kreuz (Nieren), völlige Appetit- und Schlaflosigkeit sowie Durchfall. Am 3. Tage, als die Temperatur auf 38° herunterging, nahm Patient 1 g Euchinin, ebenso am 4. Tage. Fieber und Beschwerden ließen aber nicht nach, im Gegenteil war Patient am 5. Tage bereits so elend, daß er das Bett nicht mehr verlassen konnte. Am 8. Tage der Krankheit sah ich ihn in Stephansort. Die Temperatur betrug am Nachmittag 39,8°; der Allgemeinzustand war ein schlechter. Als am Abend die Temperatur unter 39° gesunken war, erhielt er 0,5 g Chinin subcutan. Nachts stieg dann die Temperatur wieder bis über 40°. Am Morgen des 9. Tages betrug die Temperatur noch über 39°. Patient wurde jetzt mit der Pinasse ins hiesige Hospital überführt. Als unterwegs die Temperatur bis auf 38,4° fiel, gab ich ihm noch einmal 1 g Chinin subcutan. Danach fiel die Temperatur allmählich bis auf 35,8°, um dann auch in der Folgezeit nicht mehr über 37° zu steigen. 5 Tage hintereinander wurde dann noch am frühen Morgen je 1 g Euchinin gegeben. Das Allgemeinbefinden hob sich bald. Prophylaktisch nahm Patient dann nur einige Wochen noch Euchinin, von dem er auch noch beträchtliche Nebenwirkungen hatte. Bei diesem Herrn wurden später auch die Esanophelespillen versucht. Aber auch danach hatte er starke Chininnebenwirkungen. Er ist jetzt einer von denen, die die prophylaktische Chininnahme durchaus nicht vertragen, und bei denen man sich daher auf die Behandlung der einzelnen Fieber beschränken muß. Es geht dem Patienten dabei aber gut.

Daß das Fieber durch den Unfall ausgelöst wurde, scheint mir sicher; wahrscheinlich aber auch ist es, daß die Einwirkung der Sonne auf den unbedeckten Schädel die starken Beschwerden zum Teil mit veranlaßt hat. Die mikroskopische Blutuntersuchung hatte Tropicaringe ergeben. Daß die geringe Widerstandsfähigkeit des Patienten gegen das Chinin mit einem vor 3 Jahren überstandenen schweren Typhus in Zusammenhang zu bringen ist, halte ich für möglich.

Nr. 2. Termperaturkurve siehe Kurve Nr. I. Als ich den Patienten am 2. Juni 1904 nachmittags auf einer Nebenstation Stephansorts besuchte, bestand seit 5 Tagen Fieber, das morgens stets etwas heruntergegangen sein sollte. Begonnen hatte die Erkrankung mit Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen und Seitenstechen. Am Morgen, wenn die Temperatur herunterging, hatte Patient je 1,0 Euchinin, aber ohne Erfolg genommen. Er klagte über starken Husten, zeitweise Atemnot, Auswurf, Appetitlosig-

keit. Alle diese Beschwerden wurden mit dem Ansteigen der Temperatur auch stärker. Patient sah elend aus, die Temperatur war über 39°, der Puls hart und beschleunigt; die Atmung beschleunigt, stöhnend. Es bestand starker Husten mit Auswurf eines rostbraunen Sputums. Rechts hinten unten fand sich eine handbreite Dämpfung mit Bronchialatmen. Die Diagnose wurde zunächst auf kroupöse Pneumonie gestellt.

3. Juni. Am Morgen Temperatur 37,3° bei besserem Allgemeinbefinden. Die Atmung ist freier, der Husten geringer und weniger quälend; ohne daß jedoch der physikalische Befund verändert ist. 1 g Chinin subkutan. In der Pinasse Überführung in das Hospital von Friedrich-Wilhelmshafen. Gegen Mittag steigt die Temperatur wieder, gleichzeitig nehmen auch die subjektiven Beschwerden zu. Medikation: Erhöhte Lage des Oberkörpers, kalte Umschläge, 2stündlich 1 Eßlöffel Sol. Tartar. stibiat. 0,2/200,0.

4. Juni. Am Morgen bei 38,9° Temperatur 1 g Chinin subkutan. Das Allgemeinbefinden am Morgen wieder besser, da die subjektiven Beschwerden geringer sind. Medikation: statt Tartar. stibiat. wegen des bestehenden Hustenreizes:

Rp.	Heroin hydrochlor.	0,02
	Apomorphin	0,03
	Acid. hydrochl. dilut.	0,5
	Aq. destill. ad.	200,0
	S. 2 stündlich 1 Eßlöffel.	

Gegen Abend und die Nacht über wird der Zustand ein derart bedrohlicher (röchelndes Atmen, Somnolenz, kleiner, schwacher, beschleunigter Puls), daß 2 stündlich Kampher-Benzoepulver gegeben werden müssen.

5. Juni. Am Morgen gehen mit dem Sinken der Temperatur die bedrohlichen Erscheinungen zurück, während Dämpfung und rostbraunes Sputum bleiben. Chiningabe von nachts 3 Uhr bis mittags 12 Uhr im ganzen 2 g, davon 1 g subkutan (siehe Kurve). Den Tag über ist das Allgemeinbefinden mäßig gut. Am Nachmittag beginnt die Temperatur wieder zu steigen unter Zunahme der Erscheinungen. Abends wegen starker Unruhe 0,01 Morphin subkutan. Nachts wieder bedrohlicher Zustand, so daß zweimal Kampher-Benzoe gegeben werden muß.

6. Juni. Neunter Krankheitstag. Mit dem Fallen der Temperatur (siehe Kurve) eintretende Besserung. 1,5 Chinin innerlich. Gegen Abend noch leichte Temperatursteigerung, die aber ohne wesentlichen Einfluß auf das Allgemeinbefinden bleibt.

7. Juni. Von jetzt ab fieberfrei. Bis zum 11. Juni einschließlich täglich 1,0 Chinin. Gegen den quälenden Hustenreiz einige Tage hindurch Morph. hydrochlor. 0,1, Aq. amygdal. amar. 10,0 dreimal täglich 10 Tropfen. Die Dämpfung hellt sich allmählich auf. Das Bronchialatmen schwächt sich mehr und mehr ab, Rasselgeräusche treten bei der Lösung des pneumonischen Infiltrats auf. Schließlich schwindet die Dämpfung überhaupt, das Atmungsgeräusch wird vesikulär. Patient

erholt sich immer mehr und wird am 4. Juli als geheilt entlassen. Bei 5 tägiger weiterer 1 g Chininprophylaxe geht es dem Patienten ausgezeichnet.

Die mikroskopische Blutuntersuchung in den ersten Tagen hatte Tropicaringe ergeben. Anderseits sprechen der physikalische Befund und das rostbraune Sputum mit Sicherheit für Pneumonie. Daß beide Krankheiten nur miteinander kompliziert gewesen sein sollten, dagegen spricht meiner Ansicht nach die Temperaturkurve wie auch der Umstand, daß auch die durch die Pneumonie zu erklärenden Erscheinungen mit dem Steigen der Temperatur an Stärke zunahmen, um mit dem Sinken der Temperatur sich wieder abzuschwächen, teilweise auch ganz aufzuhören. Ich glaube daher, diesen Fall als einen der seltenen Fälle von Malaria-Pneumonie bezeichnen zu dürfen. Will man die Malaria hier nur als eine Komplikation der Pneumonie oder die Pneumonie als eine solche der Malaria betrachten, so müßte man annehmen, daß die Malaria die sonst ungewöhnlichen starken Temperaturerniedrigungen im Verlaufe der Pneumonie verursacht hat, womit aber die gleichzeitige Abnahme der Erscheinungen beim Temperaturabfall noch nicht erklärt wäre.

b. Schwarzwasserfieber.

Im ganzen wurden in diesem Berichtsjahr im Hospital 6 Fälle von Schwarzwasserfieber behandelt, von denen einer den Bestand vom vorigen Berichtsjahr bildete. Von diesen 6 Fällen endete einer = 16,7 % tödlich. Im folgenden gebe ich eine kurze Krankengeschichte der beobachteten 6 Schwarzwasserfieberanfälle.

Nr. 1. (Temperaturkurve Nr. II.) Sein erstes Fieber hatte Patient vor 10 Jahren in Westindien, kurz darauf Gelbes Fieber in Brasilien. In den Jahren 1900 und 1901 war er hier im Lande und verließ es nach einem schweren Schwarzwasserfieber. In den ersten Monaten hatte er damals angeblich sehr viel Fieber, will dann aber 4½ Monate ohne regelmäßige Chininnahme fieberfrei geblieben sein. Dann trat wieder ein leichtes Fieber und danach auf Chinin Schwarzwasserfieber ein.

Am 4. Juli 1903 kam Patient wieder nach Neu-Guinea. Chinin hat er nie regelmäßig genommen. Er will zuerst wenig, in letzter Zeit mehr Fieber gehabt haben. Am 12. März 1904 bekam er ein leichteres Fieber, das angeblich bis zum 14. März morgens anhielt. Am 14., morgens 6 Uhr, Temperatur 36,5°, um 10 Uhr vormittags 36,5°. Da nahm er 1 g Chinin. Gegen Abend dunkler Urin, angeblich noch bei nicht sehr gestörtem Allgemeinbefinden. Darauf nachts vom 14. zum 15. Bootsfahrt ins hiesige Hospital. Unterwegs angeblich Schüttelfrost, hohes Fieber, blutiger Urin.

15. März. Bei Ankunft zuerst klarer Urin. Mit steigender Temperatur (siehe Kurve) wird der Urin, der reichlich entleert wird, wieder blutig. Ein gleicher Anfall wiederholt sich am 16. März. Bei einem erneuten Fieberanfall am 18. März ist der Urin aber völlig klar. Danach bleibt Patient fieberfrei. Er erhält dann Blaudsche Pillen, Eisensomatose, Tinctura Chinae Nanning dreimal täglich 20 Tropfen.

Patient ist sehr anämisch. Es bestehen starke quälende Kopfschmerzen, wogegen er zweimal je 1 g Aspirin erhält. Starke Hinfälligkeit. Eine Haemoglobinbestimmung am 23. März nach Gowers ergibt einen Gehalt von weniger als 20%, etwa 18%.

Vom 24. März ab verschwinden die Kopfschmerzen. Bei ausgezeichnetem Appetit erholt sich Patient schnell, so daß am 31. März der Haemoglobingehalt bereits 60% beträgt.

Da das Befinden ein gutes ist und irgendwelche Residuen des Schwarzwasserfiebers nicht mehr vorhanden sind, erhält Patient:

am 2. April	abends	0,25 g	Chinin	in	Lösung,		
„ 3.	„	„	0,5	„	„	„	„
„ 4.	„	„	0,75	„	„	„	„
„ 5.	„	„	1,0	„	„	„	„
„ 6.	„	„	1,0	„	„	„	„

Von da ab nahm Patient jeden 5. Tag 1 g Chinin bis zu seiner vor etwa 4 Monaten erfolgten Abreise nach Beendigung seines Kontraktes. Es war ihm, abgesehen von einer späteren chirurgischen Erkrankung gut gegangen.

In diesem Falle ist das Chinin, statt am frühen Morgen genommen zu werden, wo bereits Fieberfreiheit bestand, erst vormittags um 10 Uhr genommen worden, wahrscheinlich kurz bevor ein neuer Anfall erfolgen wollte. Wie ich schon in meinem vorigen Berichte hervorhob, scheinen mir die späten Vormittagsstunden die ungünstigste Zeit zur Chininnahme. Besonders hinweisen möchte ich noch auf den Fieberanfall am 18. März ohne Parasitenbefund, aber auch ohne blutigen Urin.

Nr. 2. Ein Herr, seit 6 Monaten im Lande, schwächlich, hat die 8- und 9 tägige 1 g Chininprophylaxe in diesen 6 Monaten beobachtet. Nach der letzten Chinindosis von 1 g am Abend erfolgten einige Stunden darauf Schüttelfrost, hohes Fieber, blutiger Urin. Ohne daß von neuem Chinin genommen wurde, erfolgte am nächsten Tage ein gleicher Anfall, nachdem der Urin vorher bereits klar geworden war. Patient suchte dann das Hospital auf. Es bestand leichter Icterus und Anaemie. Als am 4. Tage des Hospitalaufenthalts der Icterus geschwunden war, wurde vom 5. Tage ab wieder mit Chinin begonnen, und zwar mit 0,25 g, am nächsten Tage 0,5 g, dann 0,75 g, und dann an 2 Tagen je 1 g. Er wurde dann mit der Weisung entlassen, jeden 8. und 9. Tag wiederum 1 g Chinin zu nehmen, wenn er sich sonst wohl fühle.

In diesem Falle war der Schwarzwasserfieberanfall nach einer prophylaktischen Dosis von 1 g, am Abend genommen, erfolgt. Wie Patient aber angab, fühlte er sich schon einige Tage vorher nicht recht wohl, und auch hier ist es sehr wohl denkbar, daß die Chininwirkung mit dem Beginn des Malariafiebers zusammentraf. Die prophylaktische Chinindosis soll nur in fieberfreiem Zustande bei gutem Allgemeinbefinden genommen werden. Fühlt man das Fieber schon in „den Knochen liegen", dann wartet man besser den drohenden Fieberanfall ab, ohne zu versuchen, ihn mit Chinin zu koupieren.

Nr. 3. (Temperaturkurve Nr. III.) Es ist dies, wie schon aus der Kurve hervorgeht, einer der ganz leichten Fälle. Es handelte sich um den Herrn, den ich in meinem vorigen Jahresbericht glaubte als malariaimmun bezeichnen zu können, da er in Kamerun sowohl wie hier so lange Zeit ohne nennenswerte Chinindosen fieberfrei geblieben war.

Im November 1904, nach einer mehrtägigen, sehr anstrengenden Buschtour, bei der Verpflegung und Unterkunft sehr schlechte gewesen waren, war er einige Tage wegen eines Magendarmkatarrhs, ohne Fieber und ohne Parasitenbefund, im hiesigen Hospital. Danach machte er eine Erholungstour nach dem Sattelberg (850 m), den er aber schon nach 2 Tagen aus dienstlichen Gründen verlassen mußte. In diesen beiden Tagen auf dem Berge hatte er sich nicht wohl gefühlt. Am 11. Dezember 1904 hatte er einen Fieberanfall. Nach dem Temperaturabfall nahm er 0,5 g Chinin. Am 12. Dezember kam er ins hiesige Hospital. Da sich im Blute Tertianparasiten fanden, erhielt Patient am 14. morgens 4 Uhr 1 g Chinin. Um 10 Uhr vormittags traten danach Schüttelfrost, Fieber, blutiger Urin auf. Patient nimmt sehr viel Getränke zu sich. Er behauptet mit Bestimmtheit, zu fühlen, daß der Krankheitsherd in der rechten Niere säße. Mit dem Abfall der Temperatur hellt sich der Urin wieder auf. Die Parasiten verschwinden aus dem Blut, finden sich auch später nicht wieder. Icterus und Anaemie sind kaum nachweisbar. Patient wurde, da er bereits über 2 Jahre hier im Dienste war, zur Erholung nach Europa geschickt. Nach schriftlichen Mitteilungen hat er sich schon auf der Seereise ausgezeichnet erholt.

Ich nehme vorläufig an, daß in diesem Falle die sicher vorher vorhanden gewesene relative Immunität gegen Malaria durch die außergewöhnlichen Strapazen der Buschtour, vielleicht auch durch den ungewohnten Aufenthalt im Bergklima vorübergehend erschüttert worden ist. Die überaus leichte Art des Schwarzwasserfieberanfalls vermag ich mir nur daraus zu erklären, daß in der Tat auch die Malariainfektion nur eine ganz leichte war, Patient aber gegen das Chinin eine außergewöhnlich geringe Widerstandskraft besaß.

Nr. 4. (Temperaturkurve Nr. IV.) Patient war früher mehrere Jahre in Südamerika tätig und will einmal gelbes Fieber gehabt haben. Außerdem gibt er an, früher häufiger unter den Erscheinungen einer „Magenerweiterung" gelitten zu haben. Seit 2½ Jahren ist er hier im Lande. Vom 31. Dezember 1902 bis 8. Januar 1903 und vom 4. März 1904 bis 10. März 1904 war er hier wegen Malaria tropica in Hospitalbehandlung. Danach beobachtete er beide Mal, aber nur kurze Zeit hindurch, die 1 g Chininprophylaxe jeden 5. Tag. Sonst hatte er häufiger unter Fiebern zu leiden, die meist mit Magendarmerscheinungen verknüpft waren, und bei deren Behandlung häufig wenigstens eine Chininjektion erforderlich war. Bei der innerlichen Chininnahme will er bis zu 36 Stunden andauernde starke Nebenwirkungen gehabt haben. Deshalb nahm er in den letzten Monaten aber nicht regelmäßig Euchinin, nach dem die Nebenwirkungen geringer waren, aber keineswegs ganz fehlten. Das letzte Fieber bekam er am Morgen des 22. Januar 1905. Erst am Morgen des 23. Januar trat ein Sinken der Temperatur ein. An diesem Tage nahm er morgens 5 Uhr 1 g

Euchinin in Milch. Den Tag über traten noch keine Nebenwirkungen des Medikaments auf. Am Abend trat plötzlich Erbrechen auf, wobei das Euchinin mit geronnener Milch erbrochen worden sein soll. Gleichzeitig stieg die Temperatur unter Schüttelfrost. Der entleerte Urin war blutig.

24. Januar morgens fieberfrei. Fährt mit einem Boot von seiner Nebenstation nach Stephansort und von dort mit dem Dampfer zum hiesigen Hospital. Bei der Einlieferung am Abend bestand kein Fieber, der Urin war nicht mehr blutig. Icterus war bei der Dunkelheit nicht zu sehen. Patient fühlt sich sehr elend. Nachts 1 Uhr plötzliches starkes Erbrechen, Schüttelfrost, Temperatursteigerung, tiefdunkler Urin, Beklemmungen. Nachts 4 Uhr ist die Temperatur wieder gesunken und der Urin etwas aufgehellt. Darauf erneutes Erbrechen, Schüttelfrost, Temperatursteigerung, tiefdunkler Urin, Beklemmungen. Das Erbrechen läßt auf Opiumtinktur etwas nach.

25. Januar nachts etwas Durchfall. Starker Icterus der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Puls 120, mittel — kräftig, Beklemmungen. Erhöhte Temperatur. Tiefdunkler Urin. Die Leberdämpfung überragt in der Brustwarzenlinie den Rippenbogenrand um einen Querfinger breit. Die Milz ist durch Perkussion und Palpation nachweisbar bis über handbreit unterhalb des Rippenbogenrands und reicht nach rechts bis zum Nabel als harte Geschwulst. In der Milzgegend bestehen Schmerzen. Die Hautvenen der Bauchdecken rechts unten treten stark hervor.

26. Januar. Sehr elend und ikterisch. Urin aufgehellt. Morgens warmes Bad und 1 Eßlöffel Karlsbader Salz. Nachmittag (siehe Kurve) erneuter Anfall mit fast schwarzem Urin. Mehrfaches Erbrechen. Abends 8 Uhr geht die Temperatur unter Aufhellung des Urins herunter, um gleich wieder unter Erbrechen, Schüttelfrost und tiefdunklem Urin anzusteigen. Gegen starke Kopfschmerzen und Beklemmungen 1 g Aspirin.

27. Januar. Urinmenge 1000 ccm in 24 Stunden. Am Morgen warmes Bad. Am Nachmittag sehr schlechter Puls, der sich nach Tinctura Strophanti cum Tinct. Digitalis bessert. Am Nachmittag erneuter heftiger Anfall; die Urinsekretion wird immer geringer. Es werden stets nur etwa 20 bis 30 ccm tiefdunklen Urins entleert mit blutigen Niederschlägen. Zur Anregung der Diurese Coffein. Am Abend als Beruhigungsmittel 1 g Bromkali.

28. Januar morgens Einlauf von Kochsalzlösung, die nur wenig behalten wird. In 24 Stunden 350 ccm Urin. Die morgens gelassene geringe Menge ist etwas aufgehellt. Coffein und Diuretin werden weiter gegeben. Starke Kopfschmerzen und Schmerzen in der Nierengegend. Beim Urinlassen keine Schmerzen; doch will Patient dabei einen Druck auf Milz und Leber verspüren. Im Laufe des Tages geringe Urinsekretion. Urin heller, aber trübe und wolkig, in ihm schwimmen bis 2 cm lange dünne braunrote Fäden. Mehrere Male dünner Stuhlgang. Als Nahrung: Ei, Milch, Sodawasser und Reissuppe, Papeia.

29. Januar. In 24 Stunden nur 300 ccm Urin. Schlechtes Allgemeinbefinden. Warmes Bad am Morgen. Einlauf von Kochsalzlösung. Als Nahrung: Milch, Tee, Sodawasser, Haferschleimsuppe mit Ei, Papeiafrucht.

Urin, etwas aufgehellt, nur in Mengen von 30 bis 50 ccm beim Stuhlgang entleert. Beim Trinken hört man ein eigentümliches, klingend plätscherndes Geräusch im Magen. Auch klagt Patient dauernd über Druckgefühl in der Magengegend.

30. Januar. Unruhige, schlaflose Nacht. Morgens und nachmittags warmes Bad. Einlauf von Kochsalzlösung. In 24 Stunden nur 350 ccm hellen Urins. Coffein weiter gegeben. Im Laufe des Tages steigt die Urinsekretion. Im mikroskopischen Blutpräparat finden sich zahlreiche gekörnte rote Blutkörperchen, aber keine Parasiten, die an den beiden ersten Tagen in der Tertianform gefunden wurden.

31. Januar. In 24 Stunden 525 ccm aufgehellten Urins. Warmes Bad, Einlauf von Kochsalzlösung, Koffein, das vom Nachmittag ab, als die Urinsekretion reichlicher wurde, nicht mehr gegeben wurde. Appetit und Allgemeinbefinden heben sich. Blaudsche Pillen.

1. Februar. Urinmenge in 24 Stunden 1400 ccm. Warmes Bad. Neben Blaudschen Pillen Arsenikkur (Liquor Kal. arsenicosi/Aq. amygdal. amar. aa 7,5 g mit 1 Tropfen beginnend). Haemoglobingehalt nach Gowers: zwischen 20 und 25%. Guter Appetit, guter Schlaf, besseres Allgemeinbefinden.

2. Februar. Das Allgemeinbefinden hebt sich.

3. Februar. Mit dem nach Hongkong fahrenden Dampfer bei gutem Allgemeinbefinden in die Heimat gesandt, da die Rekonvaleszenz doch längere Zeit gedauert hätte und die Dienstzeit des Patienten in kaum 6 Monaten ohnedies abgelaufen war.

Nach brieflichen Nachrichten hat sich Patient auf der Seereise außergewöhnlich schnell erholt. In Deutschland aber sollen dann wieder häufiger Fieberanfälle aufgetreten sein, Schwarzwasserfieber aber bisher anscheinend nicht.

In diesem Falle ist neben der Schwere und der Anzahl der Anfälle, die ohne veranlassende Ursache eintraten, bemerkenswert der Beginn der Krankheit. Chinin war schon seit mehreren Monaten nicht mehr genommen worden, sondern Euchinin, aber auch keineswegs regelmäßig. Die Resorption scheint, wie aus der langen Dauer der Nebenwirkungen zu schließen ist, stets eine verzögerte gewesen zu sein.

Nr. 5a. (Temperaturkurve Nr. 5a.) Patient war im August 1902 nach 3 jähriger Dienstzeit hier nach Deutschland gegangen und erst im Juni 1904 hierher zurückgekehrt. Während seiner ersten Dienstperiode will er viel Fieber und mehrere Schwarzwasserfieber gehabt haben. In Deutschland soll es ihm stets gut gegangen sein. Er hat nie längere Zeit hindurch prophylaktisch Chinin genommen wegen der sehr starken Nebenwirkungen, die er stets hatte. Nur bei Unwohlsein oder nach einem Fieber habe er Chinin genommen, aber auf einmal nie mehr als 0,5 g. So hat er auch jetzt nach seiner Rückkehr die mehrfachen Fieber, die er bekam, behandelt. Am 14. August 1904, nachdem er einige Stunden vorher nach einem Fieber 0,5 g Chinin am Vormittage genommen hatte, Schüttelfrost, hohes Fieber, tiefdunkler Urin. Mit dem Sinken der Temperatur hellte sich der Urin wieder auf.

16. August. Von Stephansort in das hiesige Hospital. Sehr elend. Starker Icterus. Urin hell. Kein Eiweiß. Abends wegen großer Unruhe 0,01 Morphin subkutan.
17. August. Zweimal am Tage warmes Bad. 24 stündige Urinmenge siehe Kurve; ebenso vorgenommene Bäder und Einläufe.
18. August. Starke Schmerzen in der Nierengegend. Warme Umschläge und 15 Tropfen Tinctura Opii. Zur Nacht wegen Unruhe und Schmerzen 2 Morphin-Injektionen nötig.
19. August. Schmerzen lassen nach. Allgemeinbefinden besser. Icterus beginnt zu schwinden. Urin hell, ohne Beimischungen.
20. August. Wieder stärkere Schmerzen und Unruhe. Mehrere Morphininjektionen von 0,01.
21. August. Icterus geschwunden. Tropicaparasiten. Am Abend 1 Esanophelespille.
22. August. Am Morgen und am Abend je 2 Esanophelespillen.
23. August morgens 4 und 6 Uhr je 2 Esanophelespillen. Danach mit Schüttelfrost, Erbrechen, Unruhe, starken Beklemmungen, 2 kurz aufeinanderfolgende Schwarzwasserfieberanfälle mit tiefdunklem Urin, der aber zwischen den Anfällen bei niedriger Temperatur aufgehellt ist.
24. August. Urin wieder hell. Starker Icterus. Wegen starker Kopfschmerzen 1 g Aspirin.
25. August. Urin hell. Icterus läßt nach. Besseres Allgemeinbefinden.
26. August mittags, ohne daß irgend ein Medikament genommen wurde und ohne sonstige Veranlassung wieder schwerer Schwarzwasserfieberanfall mit den früheren Erscheinungen. Einlauf von Kochsalzlösung. Beim Sinken der Temperatur wird der Urin wieder hell.
27. August. Täglich warmes Bad. Dreimal täglich je 2 Blaudsche Pillen.
28. August. Icterus fast geschwunden. Morgens 3 Uhr 0,05 g Chinin subkutan, um die Gewöhnungskur wieder zu beginnen. Haemoglobingehalt nach Gowers: 22%.
29. August morgens 3 Uhr. Da Icterus nicht stärker geworden ist, sondern noch mehr abgenommen hat, 0,1 g Chinin subkutan. Mittags (siehe Kurve) erneuter schwerer Schwarzwasserfieberanfall. Einlauf von Kochsalzlösung. Mit dem Sinken der Temperatur Urin wieder hell.
30. August. Beginn einer Arsenikkur (Liq. Kal. arsenicosi/Aq. amygdal. amar. aa 7,5. Mit einem Tropfen am Tage beginnend, täglich um einen Tropfen steigend bis zu 20 Tropfen am Tage und dann rückwärts).
31. August. Von nun ab fieberfrei. Allgemeinbefinden hebt sich; Icterus schwindet. Der Rat zur Heimreise nach Deutschland wird vom Patienten entschieden zurückgewiesen.
6. September. Allgemeinbefinden gut. Haemoglobingehalt: 40%.
10. September. Patient macht mit gutem Erfolge unter ärztlicher Aufsicht eine 9 tägige Erholungsreise auf dem Kompagniedampfer im Schutzgebiet. Arsenikkur dabei fortgesetzt. Ebenso Blaudsche Pillen.
26. September. Gutes Allgemeinbefinden. Urin hell, reichlich, klar, frei von Beimischungen. Patient nimmt von jetzt ab täglich morgens 5 Uhr 2 Esanophelespillen, nachdem er am 25. September eine gut vertragen hat. Haemoglobingehalt 80%.

1. Oktober. Gut erholt und gekräftigt. Wird entlassen mit der Weisung, sich vorerst noch zu schonen und weiterhin täglich morgens 2 Esanophelespillen zu nehmen.

Ob es zweckmäßig war, den Patienten, der schon in seiner ersten Dienstperiode mehrere Schwarzwasserfieber durchzumachen und Chinin stets sehr schlecht vertragen hatte, wieder herauszusenden, lasse ich dahingestellt. Nach diesem Fieber wollte er, wohl aus materiellen Gründen, die Heimreise nicht antreten.

Zweifellos erscheint es mir, daß der erste Anfall jetzt bei der bestehenden Malariainfektion durch die Chinindosis ausgelöst worden ist. Die Anfälle am 23. August sind wohl auch auf das Chinin in den Pillen in gleicher Weise zurückzuführen, während für den Anfall am 26. August irgend eine veranlaßende Ursache nicht vorlag. Den Anfall am 29. August erklärt vielleicht wieder die subkutane Chinindosis von 0,1 g.

Ich glaube doch, daß man beim Schwarzwasserfieber gut tut, mit dem Beginn einer Chiningewöhnungskur 8 bis 14 Tage zu warten oder aber überhaupt bis zum nächsten Malariaanfall und dann 0,5 Chinin subkutan gleich zu geben. Beginnenden Icterus als Zeichen eines drohenden Schwarzwasserfiebers, wie Koch angibt, habe ich bisher nicht gesehen. Besonders aufmerksam mache ich noch auf die kurze Zeit der Anwesenheit hier bis zum Ausbruch des Schwarzwasserfiebers.

Nr. 5b. (Temperaturkurve Nr. Vb.) Es handelt sich hier um denselben Patienten wie im vorigen Falle. Seit seiner Entlassung am 1. Oktober 1904 will er zuerst regelmäßig täglich 2 Esanophelespillen genommen haben; auch danach hatte er übrigens, wenn auch nicht sehr stark, Chininnebenwirkungen. In letzter Zeit hatte er daher die Pillen ab und zu 1 bis 2 Tage ausgesetzt. Bis etwa 10 Tage vor Ausbruch des ersten erneuten deutlichen Fiebers hatte er sich wohl gefühlt. Dann will er über Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen zu klagen gehabt haben. Er setzte in diesen etwa 10 Tagen des Unbehagens die Pillen aus. Als er sich am 7. März 1905 wieder besser fühlte, nahm er um 8 Uhr morgens 2 Pillen. Nachmittags gegen 5 Uhr trat Fieber ein. Der Urin blieb aber klar bis zum 9. März morgens. Um 9 Uhr war der Urin fast schwarz. Schüttelfrost war nicht vorhanden gewesen; auch vorher nicht bei Eintritt des ersten Fiebers. Icterus trat sehr stark, fast zugleich mit dem dunklen Urin auf. Vom 7. März bis 9. März morgens hatte er noch reichlich völlig klaren Urin gelassen. Die erste Menge blutigen Urins betrug 150 ccm; dann wurden erst wieder abends 7 Uhr beim Stuhlgang kaum 20 ccm blutigen Urins entleert. Danach gingen nur geringe, kaum meßbare Mengen blutigen Urins beim Stuhlgang ab. Vom 7. März ab hatte er häufiges Erbrechen. Der Heilgehilfe in Stephansort machte mehrere Einläufe von Kochsalzlösung. Der Puls soll kräftig und beschleunigt gewesen sein. Seit dem 7. März morgens (2 Pillen) war kein Medikament mehr genommen worden. Am 7. und 8. März soll auch trotz des Fiebers das Allgemeinbefinden noch gut gewesen sein. Erst mit dem Auftreten des tiefdunklen Urins trat auch große Mattigkeit auf, und in der Nacht vom 9. zum 10. März zeitweise Besinnungslosigkeit.

10. März. Am Abend mit dem Dampfer von Stephansort in das hiesige Hospital überführt. In Stephansort hatte Patient noch nachmittags 3 Uhr 1 g Diuretin erhalten, das aber erbrochen wurde. Überaus elend, hinfällig und apathisch. Starker Icterus, fahles Aussehen. Nimmt nur gezwungen wenig Getränke zu sich. 1 g Diuretin subkutan nach der Einlieferung. In der Nacht mehrfaches Erbrechen. Puls kräftig, voll, 80.

11. März. In 24 Stunden kaum 50 ccm tiefdunklen Urins. Am Morgen Kochsalzlösungeingießung, die zum größten Teil wieder abgeht. Warmes Bad. Danach 1½ Stunden lang Einpackung. Dabei große Unruhe und sehr wenig Schweißsekretion. Puls kräftig, voll, 80. Enorm starker Icterus der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Morgens 9 Uhr und ½11 Uhr Koffein natr. salicyl. 0,3 subkutan. 1 Uhr heiße Umschläge um den Leib; 0,3 Calomel. Urinabsonderung minimal. Nachmittags ½5 Uhr 1 Liter physiologische Kochsalzlösung in beide Infraclaviculargruben infundiert, gut resorbiert. Abends 7 Uhr nochmals 0,3 Calomel. Gegen Abend neben der Apathie geringe Verwirrtheit und etwas erhöhte Temperatur (siehe Kurve), 8½ Uhr abends 15 Tropfen Tinct. Digitalis, Tinct. Strophanti aa., 9½ Uhr wegen großer Unruhe 0,01 Morphin subkutan. Am Nachmittag und Abend nimmt Patient etwas mehr Getränke zu sich (Sodawasser, Milch, Haferschleim, Rotweinwasser, Sekt). Wiederholt Singultus, der bis zum Exitus nicht ganz aufhört. Nachts 1 Uhr Puls voll, kräftig, 99. Nachts mehrere Male dünner Stuhl mit nur tropfenweisem Abgang tiefdunklen Urins. Mehrfaches Erbrechen.

12. März. Starke Apathie, Verwirrtheit. Morgens 5 Uhr 10 Tropfen Tinctura Digitalis. In 24 Stunden 12½ ccm tiefdunklen Urins. Einlauf von Kochsalzlösung, von der nur wenig behalten wird. 9 Uhr vormittags 0,3 Calomel. 11 Uhr warmes Sitzbad. 1 Uhr 0,3 Calomel. Mehrmals dünner Stuhl, bei dem jedesmal einige Tropfen dunklen Urins abgehen. 3 Uhr nachmittags, um Schweißsekretion hervorzurufen, 0,02 Pilocarpin subkutan. Danach nur wenige Schweißtropfen und etwas Salivation. Nachmittags Einlauf von Kochsalzlösung. Von nachmittags 5½ Uhr ab Coffein, natr. benzoicum 0,25 alle 3 Stunden. Urämischer Geruch.

13. März. Sehr elend und apathisch; zeitweise verwirrt. Der nur tropfenweise entleerte Urin nicht meßbar. Die Sekretion stockt jetzt ganz. Um 7 Uhr morgens 0,01 Pilocarpin subkutan. Danach nicht die Spur Schweiß oder Salivation. 12 Uhr mittags 1 l Kochsalzlösung infundiert, die schnell resorbiert wird. Desgleichen Coffein 0,5 subkutan; Coffein ebenso um 3 und 6 Uhr. Vormittags warmes Bad vor der Pilocarpininjektion. Von Nachmittag ab kein Urin, kein Stuhl, Somnolenz. Kleiner beschleunigter Puls. Häufiger Singultus. In der Nacht noch mehrere Kampheräther-Spritzen. Nachts 2 Uhr Exitus letalis.

Von dem Ergebnis der am Morgen gemachten Sektion führe ich hier nur folgende Befunde an: In der freien Bauchhöhle 200 ccm klare, seröse, gelbliche Flüssigkeit; Fettgewebe des Herzens ikterisch; Herzfleisch sehr blaß; Milz von mittlerer Konsistenz mißt 21 cm in der Länge, 9¾ cm in

der Breite und 2½ cm in der Dicke; Mesenterium leicht ikterisch; die Harnorgane werden im ganzen herausgenommen. Die Fettgewebskapsel der rechten Niere stark ödematös. In der Harnblase nicht die Spur Urin. Die Schleimhaut makroskopisch ohne Veränderungen. Rechte Niere: 12¾: 7: 3½ cm. Kapsel leicht abziehbar; Farbe bläulich-rot, an den abhängigen Partien stellenweise stahlblau; mittlere Konsistenz; auf dem Durchschnitt treten die Pyramiden schwarzblau verfärbt hervor. Bei näherem Zusehen erkennt man die einzelnen strahlenförmigen, teilweise gewundenen Kanälchen, dunkelrot ausgefüllt. Die Glomeruli treten als deutlich sichtbare körnige Erhebungen hervor. Die Schleimhaut des Nierenbeckens ist feucht und zeigt zahlreiche kleine rote Punkte (Blutungen). Denselben Befund ergibt die linke Niere. In der Bauchhöhle Uringeruch. Leber blaß, 26½: 19: 8½ cm; starkes Hervortreten der Oberflächenvenen; Trübung und Schwellung.

Gehirn: Hirnhäute sehr blaß; Venen der Oberfläche stärker gefüllt; Sulci etwas ödematös; bei der Herausnahme quillt aus der Tiefe (Rückenmark) etwas klare, seröse Flüssigkeit hervor. Sonst fanden sich makroskopisch keine erwähnenswerte Besonderheiten.

Ob in diesem Falle, in dem am 7. März morgens 2 Esanophelespillen genommen waren, denen ein Fieber folgte, der Ausbruch des Schwarzwasserfiebers am 9. März auf die Medikation als auslösendes Moment zurückgeführt werden kann, ist zweifelhaft. Das Schwarzwasserfieber trat gleich sehr schwer auf, aber ohne Schüttelfrost und führte dann unter den Erscheinungen der Urämie zum Tode. Bemerkenswert ist, daß selbst nach 0,02 Pilocarpin so gut wie keine Schweißsekretion eintrat. Ich glaube, daß ich zweckmäßig noch eine Lumbalpunktion hätte versuchen sollen.

Wenn ich im Vorhergehenden die Krankengeschichten der beobachteten Schwarzwasserfieberfälle mit ihren Kurven ausführlicher gab, so geschah es aus dem Grunde, weil ich glaube, daß nur ein sehr großes Material von den verschiedensten Seiten vielleicht Aufklärung über das Wesen und die Formen der Krankheit liefern kann. Dazu mögen auch diese Fälle einen Beitrag liefern.

c. Innere Krankheiten.

Zu erwähnen ist hier ein Fall von chronischem Gelenkrheumatismus bei einem Herrn, der seit über 12 Jahren hier oder im Archipel tätig, dann einige Zeit in Deutschland auf Urlaub war und jetzt hierher zurückkehrte. Schon seit Jahren hatte er zeitweise unter Anfällen seiner Krankheit zu leiden, auch in Deutschland. Auch er wäre wohl als tropendienstunfähig zu bezeichnen gewesen. Die Wiederheraussendung von Beamten, wenigstens von Privatgesellschaften und Missionen, erfolgt häufig, ohne daß in Europa vor der Heraussendung noch einmal eine ärztliche Untersuchung

erfolgt. Ich halte diese nochmalige Untersuchung für notwendig. So habe ich hier zum Beispiel bei wiederherausgekommenen Herren gleich nach ihrer Ankunft: einmal eine Myocarditis; einmal eine Nephritis und mehrere Male chronische Gonorrhoe sowie kaum überstandene Syphilis beobachten können. Diese Leiden wären bei einer vorangehenden Untersuchung in Deutschland sicher auch gefunden worden und hätten die Wiederheraussendung zum Teil verhindert, zum Teil wenigstens hinausgeschoben.

d. Chirurgische Krankheiten.

Die Ulcera cruris sind meist auf Wunden durch Buschmucker zurückzuführen. Von den beiden Fällen von eitriger Peritonitis betraf einer den schon erwähnten Maschinisten des Postdampfers, der zweite einen Beamten der Kompagnie mit Schußverletzung. Es war eine Teschingkugel aus etwa 20 Schritt Entfernung versehentlich losgegangen, und zwar nach schräg unten auf den Boden. Von hier muß sie abgeprallt sein und drang unterhalb des Poupartschen Bandes in den Oberschenkel ein, ging dann noch schräg oben durch das Peritoneum und durchbohrte die prall gefüllten Därme mehrmals, wie die spätere Operation und Sektion ergaben. Patient wurde von Stephansort in das hiesige Hospital gebracht. Sonderbarerweise sprach das Allgemeinbefinden am ersten Tage nicht für vorliegende Peritonitis, auch war der Verletzung kein Choc gefolgt. Am zweiten Tage, als peritonitische Erscheinungen nachweisbar wurden, sollte die Operation vorgenommen werden. Nach der vorbereitenden Magenausspülung fühlte sich Patient so wohl, daß er die Operation entschieden verweigerte. Am nächsten Tage mußte sie dann doch vorgenommen werden, ergab aber einen hoffnungslosen Zustand, und in der darauffolgenden Nacht trat Exitus letalis ein.

Zu erwähnen ist noch ein Fall, der in der Tabelle nicht mit aufgeführt ist, da er nicht in das Hospital aufgenommen wurde. Es handelte sich um einen Herrn mit früherer Gonorrhoe und bestehenden Strikturen. Durch einen Fall auf den Sattelknopf hatte er sich eine subcutane Zerreißung der Harnröhre zugezogen. Danach trat unter hohem Fieber eine Urininfiltration am Perineum und Hodensack auf. Patient, der auf einer Nebenstation tätig war, wurde glücklicherweise von dem gerade eintreffenden Postdampfer hierher gebracht. Hier wurde der Abszeß breit gespalten und mit Jodoformgaze tamponiert. Dann wurde ein Dauerkatheter ein-

gelegt und Patient zur Erholung nach Sidney geschickt, da der Schiffsarzt sich bereit erklärte, die Weiterbehandlung bis dahin zu übernehmen. Der Verlauf war ein glatter, wenn auch langdauernder. Jetzt ist Patient wieder auf seiner Station tätig.

e. Geschlechtskrankheiten.

Einmal handelte es sich um den schon erwähnten Fall von Gonorrhoe mit vielfachen Komplikationen, einmal um eine Hoden- und Nebenhodenentzündung auf gonorrhoeischer Basis, einmal um ein Ulcus molle und zweimal um frische Syphilis, die auf der Reise hierher in Loanda und Sidney erworben wurde.

f. Hautkrankheiten.

Es kam ein Fall von sonst bei Europäern hier nur selten beobachteter Scabies in Behandlung.

g. Krankheiten der Sinnesorgane.

Die beiden Fälle von Otitis media betrafen denselben Herrn, der auf einige Zeit zur ambulanten Behandlung entlassen war. Die Erkrankung trat im Anschluß an Influenza auf.

Dienstunfähigkeit der Europäer außer Hospitalbehandlung.

Unter den durchschnittlich etwa 15 Europäern der Stationen Friedrich-Wilhelmshafen und Jomba waren im ganzen 15 Krankheitsfälle mit 37 Tagen Arbeitsunfähigkeit zu verzeichnen. An diesen 15 Fällen beteiligten sich im ganzen 10 Europäer, und zwar 7 je einmal, 1 je zweimal und 2 je dreimal. Von den Krankheitsfällen entfielen 66,7 % und von den Krankheitstagen 61,1 % auf Malaria. Die Erkrankungen sind an Zahl nur gering, da ich die Fälle möglichst frühzeitig in das Hospital zu nehmen pflege. S. Tabelle IV.

Mit den im Hospital behandelten Fällen kommen auf die Stationen Friedrich-Wilhelmshafen und Jomba 35 Krankheitsfälle mit 151 Behandlungstagen. Dabei ist in Rechnung zu ziehen, daß, wie erwähnt, manche Europäer sich häufiger an den Erkrankungen beteiligten, und daß außerdem gerade hier durch Versetzungen und so weiter der Personalbestand von etwa 15 ein sehr wechselnder ist.

Farbige und Hospital für Farbige.

1. Allgemeines.

Der Neubau des Arbeiterhospitals auf Beliao wurde in diesem Berichtsjahre fertiggestellt, so daß sich jetzt also die gesamten Hospitalanlagen wie auch das Haus des Arztes auf der Insel Beliao befinden. Das neue Hospital befindet sich auf einer kleinen Anhöhe am Meere. Als Hauptkrankenraum dient ein großes, hohes Gebäude mit Wellblechbedachung und Zementfußboden; im übrigen ist es aus Holz gebaut. An beiden Längsseiten ist es reichlich mit Fenstern versehen, die fast die ganze Höhe der Wand einnehmen, und aus vier verschiebbaren Holzflügeln bestehen, die einzeln zu schließen sind. Als Lagerstätten dient für jede Person ein von allen Seiten zugänglicher Holztisch, der mit der Vorrichtung zur Anbringung eines Klambu versehen ist. Das ganze Gebäude ist in einen größeren und einen kleineren Raum geteilt. Der erste, der 40 bis 50 Betten faßt, ist für männliche, der zweite, kleinere, mit 15 bis 20 Betten für weibliche Patienten bestimmt. In diesem zweiten Raum sind die Fenster und alle sonstigen Öffnungen mit leichter Drahtgaze versperrt, um einen nächtlichen Verkehr zwischen beiden Abteilungen zu verhindern. Der Weiberraum wird deswegen auch stets nachts verschlossen. An den beiden Längsseiten des Hospitalraums befindet sich je eine schmale Veranda mit Zementfußboden. Von diesem Hauptgebäude führt ein mit Wellblech gedeckter und mit Zementfußboden versehener Gang zum Verbandraum und zur Apotheke. Das Haus, das diese beiden auch großen und luftigen Räume enthält, hat ebenfalls Zementfußboden und Wellblechbedachung, außerdem aber noch eine Holzverschalung. Damit Luft und Licht nach Möglichkeit Zugang haben, sind auch hier reichlich Fenster und Türen angebracht. An der vorderen Längsseite des Hauses befindet sich ebenfalls eine breite Veranda. Operationsraum und Apotheke sind für hiesige Verhältnisse gut eingerichtet. Als Nebengebäude gehören zum Hospital: 1. ein in ähnlicher Weise gebautes Haus für den chinesischen Wärter mit einem kleinen Baderaum, 2. eine Küche mit sich daran anschließendem Lagerraum für Nahrungsmittel und der Wohnung des melanesischen Ruderjungen, 3. eine kleine, aus Buschmaterial erbaute Hütte als Sektionsraum, 4. eine ganz aus Wellblech erbaute Baracke mit vier bis fünf Betten als Isolierraum, 5. mehrere Abtritte direkt an der See, 6. auf der Kutterinsel, wo das Hospital

früher sich befand, ein stehen gebliebenes Gebäude, falls bei irgendwelchen Infektionskrankheiten die Isolation zahlreicher Kranken notwendig wird.

An den Gebäuden finden sich mehrere Wassertanks, um das Regenwasser aufzufangen. In der Nähe des Hospitals befindet sich zwar ein Brunnen; sein Wasser ist wegen des schlechten Geschmacks zum Trinken nicht zu verwenden, wohl aber zum Waschen und zur Not auch zum Kochen. Der tägliche Reis wird für alle Kranken gemeinsam gekocht.

Die neuen Hospitalanlagen, von der Neu-Guinea-Kompagnie errichtet, sind sehr zweckmäßig, wenn sich auch gegen das verwendete Material an einzelnen Stellen Einwendungen machen lassen. Diese Mängel aber betreffen nicht die Hygiene, sondern nur die voraussichtliche Haltbarkeit der Gebäude. Von dem Administrator, der den Bau entwarf und leitete, sind alle Wünsche, die in hygienischer Beziehung geäußert wurden, bereitwilligst erfüllt worden.

Am Vormittage werden im Hospital die Verbände und Untersuchungen vorgenommen. Mittwoch und Sonnabend vormittag wird im Gebäude des Kaiserlichen Bezirksamts zu Friedrich-Wilhelmshafen Sprechstunde abgehalten. Dabei werden auch die nötigen Verbände vorgenommen, so weit sie nicht während der Hospitalstunden gemacht werden. Die Errichtung eines eigenen Hospitals für das Gouvernement hier halte ich vorläufig noch für unnötig.

Die monatliche Untersuchung der farbigen Arbeiter erfolgt nach wie vor, ebenso die der neuangeworbenen und der zur Entlassung kommenden Arbeiter. Bei den Neuangeworbenen wird neben der Untersuchung auf Infektions- und Geschlechtskrankheiten auch darauf Wert gelegt, ob die Leute körperlich weit genug entwickelt sind, um als Arbeiter dienen zu können.

Nach der in letzter Zeit vorgenommenen Änderung in der hiesigen Dampferverbindung stockte eine Zeitlang der Bezug von frischer Lymphe. Jetzt wird sie, anscheinend gut und wirksam, aus Sydney bezogen, so daß die Impfungen der Arbeiter wieder regelmäßig vorgenommen werden können. Bei der bisher erfolgten Impfung mit Lymphe aus Sydney sind, vielleicht nur zufällig, nicht so zahlreiche Impfgeschwüre zur Beobachtung gekommen wie früher.

Der Gesundheitszustand unter den Farbigen war im ganzen,

auch im Vergleich zu dem des vorigen Berichtsjahres zufriedenstellend. Bei der Beobachtung des Prozentverhältnisses ist in Betracht zu ziehen, daß die Zahlen immer für die durchschnittliche Arbeitermenge berechnet sind, deren einzelne Personen infolge der Neuanwerbungen, Entlassungen und Versetzungen viel zu wechseln pflegen.

Die freien Eingeborenen der Umgebung pflegen zuweilen ärztlichen Rat einzuholen, während sie freilich zur Aufnahme in das Hospital vorläufig noch nicht zu bewegen sind. Auf Siar und Ragetta, wo Missionare von der Rheinischen Mission sitzen, werden viele Eingeborene verbunden und behandelt. Im allgemeinen sind die Eingeborenen mißtrauisch und, was Krankheiten anbelangt, gleichgültig, da sie diese fast stets irgend einem Zauber zuzuschreiben pflegen. Immerhin sind sie zuweilen einer vernünftigen Behandlung, besonders chirurgischer Leiden, zugänglich. Als Abführmittel wird von ihnen, wie mir einzelne mitteilten, der Saft einer Pflanze gebraucht, den ich bisher aber leider noch nicht von ihnen habe erhalten können. Als Erregungsmittel dient ihnen ein Getränk, das ähnlich wie Kawar wirkt und zubereitet wird, vielleicht damit identisch ist.

2. Statistik des Arbeiterhospitals.

S. Tabelle V und VI.

Von den durchschnittlich 82 Arbeitern, Polizeisoldaten und Gefangenen des Gouvernements bedurften im Laufe des Berichtsjahres 79 = 96,3 % der Aufnahme in das Hospital. Die Krankentage im Jahre betrugen mit 1173 von den 29 981 gesamten Verpflegungstagen 3,9 %. Die Zahl der Todesfälle unter den farbigen Angestellten des Gouvernements betrug 6, das heißt 7,3 %. Dazu kommen im Oktober 1904 noch 2 Todesfälle außerhalb des Hospitals bei Gefangenen, die bei einer Kanufahrt ertranken, so daß also 9,8 % Todesfälle zu beklagen waren. Der gegen das vergangene Jahr soviel höhere Prozentsatz der Kranken und Todesfälle beim Gouvernement ist fast ausschließlich einer größeren Zahl von Gefangenen aus den Bainingbergen zuzuschreiben, von denen mehrere an Dysenterie erkrankt, zum Teil schon sterbend hier eintrafen. Nur 2 von den Todesfällen betrafen Arbeiter des Gouvernements, während von den Polizeijungen keiner starb.

Von den durchschnittlich rund 454 Arbeitern der Neu-Guinea-Kompagnie auf den Stationen Friedrich-Wilhelmshafen und Jomba

(42 Chinesen, 20 Malayen, 392 Melanesen) erkrankten im Laufe des Jahres 489 Arbeiter (57 Chinesen, 12 Malayen, 420 Melanesen) = 107,7 %. Der Prozentsatz der 9231 Krankentage zu den 165 539 Gesamtverpflegungstagen betrug 5,6 %. Es starben im ganzen 12 Arbeiter, das heißt bei der durchschnittlichen Arbeiterzahl von 454 Mann 2,6 %. Es betrug also der Prozentsatz der Kranken, Krankentage und Todesfälle in diesem Berichtsjahre: 107,7 % : 5,6 % : 2,6 % gegen 116,9 % : 5,9 % : 4 % im vergangenen Berichtsjahr.

Für die einzelnen Arbeiterklassen ergibt sich:

	Chinesen	Malayen	Melanesen
Arbeiterzahl . .	42	20	392
Krankenzahl . .	57 = 135,7 %	12 = 60 %	420 = 107,2 %
Gesamtverpflegungstage . .	15 330	7129	143 080
Krankentage . .	823 = 5,4 %	140 = 2 %	8268 = 5,8 %
Todesfälle	0 = 0 %	0 = 0 %	12 = 3,1 %

Von den chinesischen und malaiischen Arbeitern der Neu-Guinea-Kompagnie starb auch in diesem Berichtsjahre keiner. Von den 3 Todesfällen bei Malaien betrafen zwei freie malaiische Frauen mit hochgradiger Tuberkulose und alter Syphilis, der dritte einen Malaien der Mission aus Seleo, der an Schußwunden starb. Bei dem einen Todesfall unter Chinesen handelte es sich um einen freien Mann aus Herbertshöhe mit hochgradiger Tuberkulose, der moribund hier gelandet wurde. Die Todesfälle unter den melanesischen Arbeitern der Kompagnie betrugen in diesem Berichtsjahre 3,1 % gegen 4,8 % im vergangenen Jahre.

Im ganzen fanden im Laufe des Berichtsjahrs im hiesigen Hospital 605 Kranke mit 12 238 Behandlungstagen Aufnahme. Die Zahl der Todesfälle unter ihnen betrug im ganzen 25, das heißt 4,1 % der Kranken.

In Stephansort (Bogadjim) besteht für die dortigen Stationen mit ihrer größeren Arbeiterzahl unter der Leitung eines sehr tüchtigen und bewährten Heilgehilfen ein eigenes Hospital, das ich selbst wegen der ungünstigen Verkehrsverhältnisse nur alle vier bis sechs Wochen besuchen kann. Nur die schweren Fälle werden von dort in das hiesige Hospital überführt. Die Gesundheitsverhältnisse in Stephansort sind im allgemeinen die gleichen wie hier.

S. Tabelle VII.

Der Höhepunkt der Zugänge, 83, ist im November erreicht, einem Regenmonat, in dem eine Influenzaepidemie herrschte, der die hohe Zahl der Kranken zuzuschreiben ist. Die wenigsten Zugänge, 28, erfolgten im Monat März. Der durchschnittliche Bestand am Anfang des Monats betrug 31,5; der durchschnittliche Zugang im Laufe des Monats 47,3, der durchschnittliche Abgang im Monat durch Entlassung, Heimatsendung oder Tod 48,7. Wie das Verhältnis in den einzelnen Monaten sich gestaltet, ist aus der Tabelle ersichtlich.

Wegen Arbeitsunfähigkeit infolge chronischer Krankheiten wurden im ganzen 9 Leute in die Heimat gesandt, und zwar 5 Chinesen, 1 Malaie und 3 Melanesen. Von den 5 Chinesen litt 1 an Tuberkulose, 1 an chronischem Gelenkrheumatismus, 1 an dauernden Malariaanfällen, 1 hatte eine schwere Pneumonie überstanden und beim fünften erfolgte die Heimsendung wegen Beri-Beri-Erkrankung. Er war schwer krank von Hongkong gekommen und vom Postdampfer hier gelandet worden. Der in die Heimat gesandte Malaie war Handwerker bei der Mission und litt an einem leichten Beri-Beri-Rezidiv. Von den 3 Melanesen erfolgte die Heimsendung bei dem einen wegen dauernder Fieberanfälle, bei den beiden anderen wegen allgemeiner Körperschwäche.

Die einzelnen Krankheiten.

a. Infektionskrankheiten.

S. Tabelle VIII und IX.

Akutes Exanthem und epidemische Meningitis, die im vorigen Berichtsjahre mehrfach vorkamen, traten in diesem Berichtsjahre nicht auf. Dem einen im vorigen Bericht erwähnten Falle von Meningitis, der unter völligem Verlust der Sprache und des Gehörs heilte, ging es weiter gut. Vor kurzem wurde er nach Beendigung seiner Kontraktszeit in die Heimat entlassen. Ohne irgendwelche Therapie ist das Gehör etwas zurückgekehrt. Auch fing er schon an, einzelne Worte zu stammeln.

1. Malaria.

17,5 % der Kranken und 9,8 % der Krankentage entfielen auf Malaria. Meist handelte es sich um Arbeiter aus dem Archipel, die entweder aus Gegenden stammten, die als malariafrei zu bezeichnen

sind, oder aus solchen in denen nur die eine oder die andere Art der Malaria heimisch ist. In der Mehrzahl der Fälle tritt hier die Malaria in der Tropicaform auf. In dem einen auf Malaria zurückgeführten Todesfall wurde Patient tot eingeliefert.

Schwarzwasserfieber kam bei Farbigen nicht zur Beobachtung.

2. Beri-Beri.

Von den beiden Beri-Beri-Fällen im Juli 1904 betraf einer einen Chinesen, der schwer erkrankt mit Herzsymptomen von Hongkong hier eintraf, der zweite einen malaiischen Handwerker. Dieser hatte nach seinen Angaben vor einigen Jahren in seiner Heimat Beri-Beri überstanden und war jetzt bereits seit über einem Jahre ohne alle Krankheitserscheinungen hier im Lande gewesen. Jetzt aber traten wieder die Erscheinungen der Beri-Beri auf. Da die Krankheit schon vor Ankunft des erwähnten Chinesen sich zeigte, da andere Fälle von Beri-Beri nicht vorhanden sind und waren, so ist die Erkrankung in diesem Falle als ein Rezidiv der schon vor Jahren anscheinend ausgeheilten Beri-Beri zu betrachten. Irgendwelche veranlassende Ursache ließ sich nicht ausfindig machen, wenn man sie nicht in der häufigen Malariainfektion suchen will. Beide Fälle wurden isoliert und bei der nächsten Gelegenheit in die Heimat gesandt.

3. Dysenterie.

Die 6 Fälle von Dysenterie im September 1904 betrafen Gefangene aus den Bainingbergen, die bereits erkrankt hier ankamen. Drei von ihnen starben. Bei dem einen Fall vom Mai handelte es sich um eine alte Dysenterie bei einem Arbeiter der Kompagnie. Der unter Dysenterie verzeichnete Todesfall im Juli 1904 ist in Tabelle IV unter Darmkatarrh aufgeführt, unter welcher Diagnose er geführt wurde. Patient, ein Eingeborener aus der hiesigen Gegend, war Arbeiter beim Gouvernement. Wegen eines chirurgischen Leidens war der damals noch wohlgenährte Mann im Hospital, wo er entwich und sich einige Tage im Busch herumtrieb. Als er wieder eingeliefert wurde, befand er sich in sehr heruntergekommenem, elendem Zustande; es bestanden starke Durchfälle mit wässrig-schleimigem Stuhl. Die Sektion ergab dysenterische Geschwüre.

Im Dezember 1904 wurde ich von den Missionaren auf den Inseln Siar und Ragetta zugezogen, da unter den dortigen Ein-

geborenen in letzter Zeit zahlreiche Leute erkrankt und mehrere bereits gestorben waren. Wenn auch bei der Eigentümlichkeit der Leute Stuhl nicht gesehen werden konnte, so war doch nach den Schilderungen der Krankheitserscheinungen und nach dem Aussehen der Kranken mit Sicherheit Dysenterie anzunehmen. Die Leute pflegten sich ihr Trinkwasser von einem Flüßchen am Festlande zu holen. Angeblich sollen in einem der Bergdörfer ebenfalls mehrere Krankheits- und Todesfälle vorgekommen sein. Ich riet den Missionaren, den Leuten Trinkwasser aus der auf ihrem Grundstück befindlichen Zisterne zu geben und sie außerdem zur Vorsicht und Sauberkeit beim Stuhlgang zu mahnen. Für die Erkrankten und Rekonvaleszenten wurden vom Gouvernement Reis und Tee den Missionaren zur Verfügung gestellt. Neue Todesfälle traten danach nicht mehr auf, auch die Krankheit selbst ging bald zurück.

4. Ankylostomata duodenalia.

Mit den Erscheinungen des Vorhandenseins von Ankylostomata duodenalia kamen im Oktober 2 Chinesen in Hospitalbehandlung. Nach mehreren Tymolkuren und längerem Hospitalaufenthalt konnten die Leute geheilt oder wenigstens von ihren Beschwerden befreit entlassen werden.

Von 12 im Laufe des Berichtsjahres bei Melanesen vorgenommenen Sektionen, in denen der Darm durchgesehen wurde, fanden sich zehnmal, das heißt also in 83,3 %, Ankylostomata duodenalia, darunter auch einmal bei einem Gefangenen, einem Eingeborenen von der in hiesiger Gegend liegenden Insel Bili-Bili, der gleich nach seiner Einlieferung an Lungenentzündung erkrankte und daran starb. Der Sektionsbefund liefert immer mehr einen Beweis für die große Verbreitung der Ankylostomata duodenalia, deren Vorhandensein aber doch verhältnismäßig sehr selten zu Krankheitserscheinungen führt.

5. Influenza.

Im November und Dezember 1904 herrschte im Lande eine Influenzaepidemie, die von Australien her in das Land gedrungen zu sein scheint. Abgesehen von zwei, unter Pneumonie verzeichneten Todesfällen waren solche auf die Epidemie selbst nicht zurückzuführen. Ob Influenza hier im Lande schon vor der Anwesenheit von Europäern heimisch war, läßt sich kaum feststellen; ist aber bei der Häufigkeit von Erkältungskrankheiten überhaupt wahrscheinlich.

6. Tuberkulose.

Sieben Fälle von Tuberkulose mit 5 Todesfällen kamen in Behandlung. Von den 5 Todesfällen betraf einer den schon erwähnten Chinesen, zwei betrafen malaiische Frauen und die beiden anderen melanesische Arbeiter. Bei einem der letzteren ergab die Sektion das Vorliegen einer Lungen-, Darm- und Bauchfelltuberkulose. Überhaupt kommen Fälle von Tuberkulose auch bei Melanesen jetzt häufiger in Behandlung als in früheren Jahren.

7. Pneumonie.

Von den 14 Fällen von Pneumonie im Berichtsjahre endeten 8, das heißt 57,1 % tödlich. Zieht man in Betracht, daß es sich meist um jugendlichere Personen handelt, die Alkohol überhaupt nicht genießen, so ist dieser Prozentsatz an Todesfällen außerordentlich hoch. Einer dieser Fälle betraf ein zweijähriges Kind mit multipler Bronchopneumonie, einer ein Weib, das in der Rekonvaleszenz nach einer Trockenfischvergiftung sekundär an Lungenentzündung erkrankte, einer einen Gefangenen, der schon in sehr elendem Zustande im Busch aufgegriffen und dann in das Hospital eingeliefert wurde. Bei den Sektionen fand sich einmal eine zentrale, einmal bei dem erwähnten Gefangenen eine jauchige Pneumonie, zweimal waren neben der Pneumonie eitrige Pericarditis und Pleuritis vorhanden. Bei einem der beiden letzten Fälle handelte es sich um ein Weib, bei dem ein wahrscheinlich künstlich von ihr herbeigeführter Abortus vorangegangen war. Überhaupt wird der künstliche Abort von den Eingeborenen sehr häufig ausgeübt. Auf welche Weise sie ihn ausführen, ist bisher unbekannt.

Sehr häufig finden sich bei Sektionen alte strang- oder flächenförmige Adhäsionen der Pleurablätter.

8. Gelenkrheumatismus.

Von dieser Erkrankung kamen im Laufe des Jahres 6 Fälle, 3 bei Chinesen und 3 bei Melanesen, in Behandlung. Einer davon, ein Chinese, mußte wegen immer wiederkehrender Anfälle in die Heimat gesandt werden.

b. Geschlechtskrankheiten.

Von den 14 Fällen von venerischem Granulom war der größte Teil bereits erkrankt hier angekommen und gleich in das Hospital aufgenommen worden. Der eine unter dieser Rubrik aufgeführte

Todesfall war nicht durch die Krankheit direkt hervorgerufen, sondern erfolgte in der Chloroformnarkose durch Herzkollaps, nachdem nur wenige Tropfen Chloroform gegeben waren. Von dem Sektionsergebnis führe ich folgendes an: Zweimarkstück großes, flaches, eitriges Geschwür mit ausgezackten Rändern an der Dorsalseite des Penis, ein gleiches, Fünfzigpfennigstück großes Geschwür an der Wurzel des Gliedes, die rechte Leistenbeuge geschwürig zerfallen, in der linken Leistenbeuge eine tiefe Höhle mit schlaffen Granulationen und schmierigem Belag. Die ganze Symphysengegend eitrig infiltriert; am oberen Rand der rechten Herzkammer auf der Vorderseite eine Zweimarkstück große, strahlige, weißliche Narbe, Milz 23½ : 13½ : 6 cm von mittlerer Konsistenz. Die beste Behandlung des venerischen Granuloms ist, wenn möglich, die chirurgische.

Unter den Fällen von Syphilis sind erwähnenswert zwei von Frambösia syphilitica bei Chinesen.

Wegen Eicheltripper und Phimose wird bei Melanesen häufiger die Circumcision notwendig.

Unter Ulcera an den Genitalien sind die verschiedensten Erkrankungen aufgeführt, wie Herpes, Scabiespusteln, Cascasgeschwüre, Ulcera molla und Ulcera, die eine bestimmte Diagnose nicht stellen ließen.

Im ganzen ist die Zahl der Geschlechtskrankheiten eine sehr hohe, 12 % der Kranken und 31,9 % der Krankentage. Während bei den Anwerbungen aus dem Archipel fast stets einige Leute gleich wegen der einen oder anderen Geschlechtskrankheit in das Hospital aufgenommen werden müssen, sind auch in diesem Berichtsjahre bei den im Kaiser-Wilhelmsland selbst angeworbenen Leuten Geschlechtskrankheiten von mir nicht gefunden worden.

c. Hautkrankheiten.

Neben der häufiger auftretenden Cascaserkrankung, die ich im vorigen Bericht erwähnte, fand ich auch in diesem Jahre einmal eine Frambösie bei einem erwachsenen Melanesen.

d. Erkrankungen der Sinnesorgane.

Erkrankungen des Ohrs kamen diesmal nicht zur Beobachtung. In mehreren Fällen erfolgte die Aufnahme wegen Conjunctivitis, Blepharitis, Ulcus corneae und einmal wegen einer Verletzung des Auges.

e. Chirurgische Krankheiten.

Ulcera cruris waren auch in diesem Berichtsjahre häufig. Auch bei nicht spezifischen größeren Ulcerationen wirkt Jodkali, innerlich genommen, fördernd auf die Heilung. Impfgeschwüre, die Hospitalbehandlung notwendig machten, traten im Jahre nur viermal auf. Leistenbubonen sind bei den Leuten sehr häufig, in einigen Fällen der eitrigen Einschmelzung wird Hospitalbehandlung und Eröffnung oder Exstirpation notwendig.

Phlegmonen, Abszesse, Schwellungen, Panaritien usw. finden sich häufig. Nach ausgiebigen Inzisionen tritt meist verhältnismäßig schnelle Heilung ein. Die Phlegmonen, selbst ausgedehnte, zeigen bei den Farbigen nicht so sehr die Tendenz zu schneller Ausbreitung und zu Allgemeinerscheinungen. Mehrfach bereits wurden von mir in der Tiefe der Muskulatur sitzende, etwas schmerzhafte Schwellungen am Oberarm oder Oberschenkel oder an beiden zugleich beobachtet, die in einem Teil der Fälle unter Alkoholverbänden zurückgingen, in einem anderen Teil aber bei der notwendig gewordenen Inzision einen tiefliegenden Eiterherd ergaben. Irgend ein Ausgangspunkt für die Eiterung war in solchen Fällen nicht aufzufinden. Es handelte sich auch nicht etwa um kalte Abszesse.

f. Sonstige Krankheiten.

Als Erkältungskrankheiten traten häufiger Bronchitis und Darmkatarrhe auf. Der eine Todesfall an Dickdarmkatarrh im September 1904 betraf einen sehr elenden Melanesen, dessen Sektion dysenterische Geschwüre im Colon ergab.

Der eine Fall von Asthma bronchiale betraf ein malaiisches Weib. Jodkali beseitigte das Leiden auf längere Zeit.

Auch in diesem Jahre kamen zwei Fälle von katarrhalischem Icterus in Behandlung. Bei einer Dienstreise im September 1904 nach Potsdamhafen fand ich dort dieselbe Erkrankung unter den Kindern anscheinend epidemisch vorherrschend.

Fälle von der im vorigen Berichte erwähnten Stomatitis finden sich immer noch häufig und zwar besonders unter neu angeworbenen Leuten, die die hier übliche Reiskost noch nicht gewohnt sind.

Die beiden Fälle von Ischias betrafen denselben Patienten, einen Chinesen.

An Nierenentzündung und Erschöpfung war unter Melanesen je ein Todesfall zu beklagen.

Im Oktober 1904 kamen 4 Erkrankungen bei Melanesen in Behandlung, die sich mit Sicherheit als Trockenfischvergiftungen bezeichnen ließen. Die Erkrankung trat bei Leuten auf, die von einer bestimmten Sendung von Trockenfischen, aber an verschiedenen Tagen gegessen hatten. Als von diesen Trockenfischen, unter denen sich einige giftige befunden haben müssen (denn nicht alle Leute, die davon gegessen hatten, erkrankten), keine mehr ausgegeben werden durften, und der Vorrat vernichtet werden mußte, hörten auch die Erkrankungen auf. Die Leute erkrankten plötzlich, einige Stunden nach dem Genuß, mit Erbrechen, Durchfall und kollapsartigem Temperaturabfall mit kaum fühlbarem Puls. Alle machten sie einen schwer kranken Eindruck. In einem Fall trat im Kollaps bald der Exitus letalis ein. Aus dem Sektionsergebnis führe ich an: Pleura beiderseits flächenförmige Adhäsionen, dicht oberhalb der Klappen in der Wand der Aorta mehrere alte Auflagerungen (Kalk); mehrere bis erbsengroße geschwollene Mesenterialdrüsen, Serosa des Dünndarms im unteren Teile, Serosa des Kolon und des Rectum dunkel verfärbt; im Dünndarm vereinzelte Ankylostomata duodenalia, im unteren Teile schleimig-eitriger Kot, ebenso im Dickdarm; Schleimhaut stark entzündet.

In einem anderen Falle, einem melanesischen Weibe, war die Krankheit unter den gleichen Erscheinungen aufgetreten. Die Erscheinungen gingen zurück. Sechs Tage darauf trat sekundär bei der immer noch sehr geschwächten Patientin eine Pneumonie auf, an der sie starb. Bei der Sektion fanden sich im Darm, abgesehen von der Anwesenheit vereinzelter Ankylostomata duodenalia, keine krankhaften Veränderungen mehr. Die beiden anderen Fälle heilten.

Viehseuchen traten in diesem Berichtsjahre in Kaiser-Wilhelmsland nicht auf.

Tabelle I.
Europäerhospital. Frequenz.

Monat	Bestand	Zugang	Abgang durch			Bemerkungen
			Entlassung	Heimatsendung	Tod	
April	1	5	3	.	.	
Mai	3	4	4	.	.	
Juni	3	5	5	.	.	
Juli	3	7	5	1	.	nach über 3jährigem Aufenthalt wegen einer Geschlechtskrankheit.
August	4	2	5	.	.	
September	1	5	4	.	.	
Oktober	2	6	6	.	1	Maschinist vom Postdampfer an Darmverschlingung mit allgemeiner Peritonitis.
November	1	2	3	.	.	
Dezember	.	5	4	1	.	Nach $2\frac{1}{2}$jährigem Aufenthalt wegen Schwarzwasserfieber und hochgradiger Neurasthenie.
Januar	.	2	.	.	.	
Februar	2	4	5	1	.	Nach $2\frac{1}{2}$jährigem Aufenthalt wegen schweren Schwarzwasserfiebers.
März	.	3	1	.	2	1 Schwarzwasserfieber mit Anurie. 1 eitrige Peritonitis infolge Bauchschusses.
Summe	20	50	45	3	3	

Tabelle I.

Europäerhospital. Frequenz.

Monat	Bestand	Zugang	Abgang durch			Bemerkungen
			Entlassung	Heimatsendung	Tod	
April	1	5	3	.	.	
Mai	3	4	4	.	.	
Juni	3	5	5	.	.	
Juli	3	7	5	1	.	nach über 3jährigem Aufenthalt wegen einer Geschlechtskrankheit.
August	4	2	5	.	.	
September	1	5	4	.	.	
Oktober	2	6	6	.	1	Maschinist vom Postdampfer an Darmverschlingung mit allgemeiner Peritonitis.
November	1	2	3	.	.	
Dezember	.	5	4	1	.	Nach 2 1/2 jährigem Aufenthalt wegen Schwarzwasserfieber und hochgradiger Neurasthenie.
Januar	.	2	.	.	.	
Februar	2	4	5	1	.	Nach 2 1/2 jährigem Aufenthalt wegen schweren Schwarzwasserfiebers.
März	.	3	1	.	2	1 Schwarzwasserfieber mit Anurie. 1 eitrige Peritonitis infolge Bauchschusses.
Summe	20	50	45	3	3	

Tabelle II.

Europäerhospital. Anteil der einzelnen Stationen im Jahre 1904/05.

Stationen	Kranke	Krankentage	Bemerkungen
Gouvernement	2	13	Beidemal derselbe Patient, der dann wegen Schwarzwasserfieber und Neurasthenie in die Heimat gesandt wurde.
Kompagniebeamte der Stationen Friedrich Wilhelmshafen und Jomba	20	114	Davon 1 Beamter fünfmal, 1 viermal, 1 dreimal; 2 je zweimal und 4 je einmal. An den 20 Fällen beteiligen sich also 9 Beamte.
Kompagniebeamte der Stationen Stephansort, Erima, Erimahafen und Constantinhafen	9	172	Davon 2 Beamte je zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 7 Beamte.
Kompagniebeamte sonstiger Stationen in Kaiser Wilhelmsland	4	92	Davon 1 Beamter zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 3 Beamte.
Angestellte des Kompagnie-Dampfers „Siar“	5	76	Davon 1 Beamter zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 4 Beamte.
Angehörige der Mission	1	59	
Mitglieder der Expedition Kolbe . . .	1	14	
Angestellte vom Postdampfer des Norddeutschen Lloyd	1	1	Maschinist mit Darmverschlingung und allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung. Exitus letalis.
Englische Schiffbrüchige	8	65	Davon 1 Beamter zweimal. Es beteiligen sich also 7 Beamte.
Summa . . .	51	606	

Tabelle II.

Europäerhospital. Anteil der einzelnen Stationen im Jahre 1904/05.

Stationen	Kranke	Krankentage	Bemerkungen
Gouvernement	2	13	Beidemal derselbe Patient, der dann wegen Schwarzwasserfieber und Neurasthenie in die Heimat gesandt wurde.
Kompagniebeamte der Stationen Friedrich Wilhelmshafen und Jomba	20	114	Davon 1 Beamter fünfmal, 1 viermal, 1 dreimal; 2 je zweimal und 4 je einmal. An den 20 Fällen beteiligen sich also 9 Beamte.
Kompagniebeamte der Stationen Stephansort, Erima, Erimahafen und Constantinhafen	9	172	Davon 2 Beamte je zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 7 Beamte.
Kompagniebeamte sonstiger Stationen in Kaiser Wilhelmsland	4	92	Davon 1 Beamter zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 3 Beamte.
Angestellte des Kompagnie-Dampfers „Siar"	5	76	Davon 1 Beamter zweimal, die übrigen je einmal. Es beteiligen sich also 4 Beamte.
Angehörige der Mission	1	59	
Mitglieder der Expedition Kolbe . . .	1	14	
Angestellte vom Postdampfer des Norddeutschen Lloyd	1	1	Maschinist mit Darmverschlingung und allgemeiner eitriger Bauchfellentzündung. Exitus letalis.
Englische Schiffbrüchige	8	65	Davon 1 Beamter zweimal. Es beteiligen sich also 7 Beamte.
Summa . . .	51	606	

Tabelle III.

Europäerhospital. Kranke und Krankentage nach Art der Krankheiten.

Monat	Malaria tropica		Malaria tertiana		Schwarzwasserfieber		Darmkatarrh		Gelenkrheumatismus		Ulcera cruris		Panaritium		Peritonitis purulenta		Hoden- und Nebenhodenentzündung		Gonorrhoe		Syphilis		Ulcus molle		Scabies		Otitis media		Summe	
	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage
April . . .	2	8	.	.	1	32	1	6	.	.	1	6	.	.	.	.	.	.	.	.	1	60	.	.	.	.	.	.	6	112
Mai . . .	1	7	.	.	1	8	.	.	1	36	.	.	1	20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	71
Juni . . .	2	12	1	32	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	6	5	54
Juli . . .	2	18	.	.	.	.	.	.	.	.	1	19	.	.	.	.	.	.	1	58	1	43	1	19	.	.	1	7	7	164
August .	1	3	.	.	1	45	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	48
September	1	12	3	25	.	.	.	.	.	.	1	13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	50
Oktober .	3	15	1	4	.	.	.	.	.	.	1	9	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6	29
November	1	5	.	.	.	.	1	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	10
Dezember	2	6	1	2	1	8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	20
Januar . .	1	3	.	.	1	10	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	13
Februar .	3	11	1	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	18
März . . .	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	1	9	.	.	3	17
Summe	19	100	7	70	6	107	2	11	1	36	4	47	2	24	2	5	1	4	1	58	2	103	1	19	1	9	2	13	51	606
In %	37,2	16,5	13,7	11,6	11,8	17,6	3,9	1,8	2	5,9	7,8	7,8	3,9	3,9	3,9	0,8	2	0,7	2	9,6	3,9	17	2	3,1	2	1,5	3,9	2,1	.	.

Kranke: 62,7 %.
Krankentage: 45,7 %.

Tabelle III.

Europäerhospital. Kranke und Krankentage nach Art der Krankheiten.

Monat	Malaria tropica		Malaria tertiana		Schwarzwasserfieber		Darmkatarrh		Gelenkrheumatismus		Ulcera cruris		Panaritium		Peritonitis purulenta		Hoden- und Nebenhodenentzündung		Gonorrhoe		Syphilis		Ulcus molle		Scabies		Otitis media		Summe	
	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage
April . . .	2	8	.	.	1	32	1	6	.	.	1	6	.	.	.	.	.	.	.	.	1	60	.	.	.	.	.	.	6	112
Mai . . .	1	7	.	.	1	8	.	.	1	36	.	.	1	20	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	71
Juni . . .	2	12	1	32	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	6	5	54
Juli . . .	2	18	.	.	.	.	.	.	.	.	1	19	.	.	.	.	.	.	1	58	1	43	1	19	.	.	1	7	7	164
August .	1	3	.	.	1	45	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	48
September	1	12	3	25	.	.	.	.	.	.	1	13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	50
Oktober .	3	15	1	4	.	.	.	.	.	.	1	9	.	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	6	29
November	1	5	.	.	.	.	1	5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	10
Dezember	2	6	1	2	1	8	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	5	20
Januar . .	1	3	.	.	1	10	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	2	13
Februar .	3	11	1	7	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	4	18
März . . .	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	.	.	.	.	.	.	.	.	1	9	.	.	3	17
Summe	19	100	7	70	6	107	2	11	1	36	4	47	2	24	2	5	1	4	1	58	2	103	1	19	1	9	2	13	51	606
In %	37,2	16,5	13,7	11,6	11,8	17,6	3,9	1,8	2	5,9	7,8	7,8	3,9	3,9	3,9	0,8	2	0,7	2	9,6	3,9	17	2	3,1	2	1,5	3,9	2,1	.	.

Kranke: 62,7 %
Krankentage: 45,7 %

Tabelle IV.

Tage der Dienstunfähigkeit ohne Hospitalbehandlung und ihre Ursache bei den durchschnittlich etwa 15 Beamten der Stationen Friedrich Wilhelmshafen und Jomba.

Monat	Insgesamt		Malaria tropica		Malaria tertiana		Malaria quartana		Ekzem		chronischer Gelenkrheumatismus		Arthritis urica		Bemerkungen
	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	
April . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Mai . . .	3	7	2	6	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	
Juni . . .	1	2	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	
Juli . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
August . .	2	8	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	1	4	
September .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Oktober . .	2	4	.	.	1	2	.	.	.	.	1	2	.	.	
November .	2	5	1	2	.	.	.	.	.	.	1	3	.	.	
Dezember .	1	3	1	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Januar . .	3	6	2	4	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	
Februar . .	1	2	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
März . . .	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Summa:	15	37	7	17	2	4	1	2	1	1	3	9	1	4	Daran beteiligen sich 10 Europäer, und zwar 7 je einmal, 1 je zweimal und 2 je dreimal.
In %:			46,7	45,9	13,3	10,8	6,7	5,4	6,7	2,7	20	24,3	6,7	10,8	
			Kranke: 66,7 %. Krankentage: 62,1 %.												

Tabelle V.

Tabelle IV.

Tage der Dienstunfähigkeit ohne Hospitalbehandlung und ihre Ursache bei den durchschnittlich etwa 15 Beamten der Stationen Friedrich Wilhelmshafen und Jomba.

Monat	Insgesamt		Malaria tropica		Malaria tertiana		Malaria quartana		Ekzem		chronischer Gelenkrheumatismus		Arthritis urica		Bemerkungen
	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	Kranke	Krankentage	
April	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Mai	3	7	2	6	.	.	.	.	1	1	.	.	.	.	
Juni	1	2	.	.	.	.	1	2	.	.	.	.	.	.	
Juli	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
August	2	8	.	.	.	.	.	.	.	.	1	4	1	4	
September	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Oktober	2	4	.	.	1	2	.	.	.	.	1	2	.	.	
November	2	5	1	2	.	.	.	.	.	.	1	3	.	.	
Dezember	1	3	1	3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Januar	3	6	2	4	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	
Februar	1	2	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
März	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
Summa:	15	37	7	17	2	4	1	2	1	1	3	9	1	4	Daran beteiligen sich 10 Europäer, und zwar 7 je einmal, 1 je zweimal und 2 je dreimal.
In %:			46,7	45,9	13,3	10,8	6,7	5,4	6,7	2,7	20	24,3	6,7	10,8	
			Kranke: 66,7 %. Krankentage: 62,1 %.												

Tabelle V.

Tabelle V.
Arbeiterhospital.

Monat	Zahl der farbigen Arbeiter beim Gouvernement im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken		Summe der Verpflegungstage	Krankentage		Todesfälle		Zahl der N. G. C. Arbeiter in Fr. W. H. und Jomba im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken		Summe der Verpflegungstage	Krankentage		Todesfälle		Von anderen Stat., Schiffen, Expeditionen und freie			Summe der			
			in % von 2			in % von 5		in % von 2			in % von 10			in % von 13		in % von 10	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranken	Krankentage	Todesfälle	in % von 21
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
April . . .	87	4	4,6	2 610	35	1,3	.	.	434	69	15,9	13 020	890	6,8	.	.	10	237	.	83	1 162	.	.
Mai . . .	83	2	2,4	2 573	8	0,3	.	.	421	74	17,6	13 051	848	6,5	2	0,5	9	137	.	85	993	2	2,4
Juni . . .	77	3	3,9	2 310	43	1,9	.	.	429	46	10,7	12 870	589	4,6	.	.	10	124	1	59	756	1	1,7
Juli . . .	72	4	5,6	2 232	8	0,4	2	2,8	441	62	14	13 671	752	5,5	.	.	13	207	1	79	967	3	3,8
August .	76	2	2,6	2 356	26	1,1	.	.	423	57	13,5	13 113	717	5,5	1	0,2	14	284	.	73	1 027	1	1,4
September	84	12	14,3	2 520	85	3,4	2	2,4	438	44	10	13 140	520	3,9	1	0,2	16	141	.	72	746	3	4,2
Oktober .	86	6	6,9	2 646	89	3,4	1	1,2	452	62	13,7	14 012	931	6,6	1	0,2	18	220	1	86	1 240	3	3,5
November	90	6	6,7	2 700	32	1,2	1	1,1	495	100	20,2	14 850	1115	7,5	3	0,6	17	277	.	123	1 424	4	3,3
Dezember	81	2	2,5	2 511	14	0,6	.	.	510	69	13,5	15 810	1053	6,7	1	0,2	10	207	1	81	1 274	2	2,5
Januar . .	80	3	3,75	2 480	49	2	.	.	500	60	12	15 500	780	5	2	0,4	13	212	1	76	1 041	3	3,9
Februar .	86	3	3,5	2 408	84	3,5	.	.	466	56	12	13 048	561	4,3	.	.	16	209	2	75	854	2	2,7
März . . .	85	8	9,4	2 635	116	4,4	.	.	434	43	9,9	13 454	475	3,5	1	0,2	7	163	.	58	754	1	1,7
Summe	987	55	67,1 pro Jahr bei 82 monatl. Durchschn.	29 981	589	2	6	.	5443	742	163,6	165 539	9231	5,6	12	.	153	2418	7	950	12 238	25	.
Durchschnitt pro Monat .	82 Davon: 2 Chinesen, sonst fast nur Melanesen	4,6 Davon 0,1 Chinesen, 0,1 Javanen, 4,4 Melanesen.	5,6	2498,4	49	2	0,5 nur Melanesen.	0,6 Das heißt für das Jahr 7,3 %	453,5 Davon: 42 Chinesen, 19,5 Malaien, 392 Melanesen	61,9 Davon 6,8 Chinesen, 1,2 Malaien, 54,1 Melanesen.	13,6	13 794,9	769,25	5,6	1	0,22 oder für das ganze Jahr 2,6 %	12,75	201,5	0,6	79,2	1019,8	2,1	2,7

Tabelle V.
Arbeiterhospital.

Monat	Zahl der farbigen Arbeiter beim Gouvernement im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken		Summe der Verpflegungstage	Krankentage		Todesfälle		Zahl der N. G. C. Arbeiter in Fr. W. H. und Jomba im monatlichen Durchschnitt	Zahl der Kranken		Summe der Verpflegungstage	Krankentage		Todesfälle		Von anderen Stat., Schiffen, Expeditionen und freie			Summe der			
			in % von 2			in % von 5		in % von 2			in % von 10			in % von 13		in % von 10	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranken	Krankentage	Todesfälle	in % von 21
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
April . . .	87	4	4,6	2 610	35	1,3	.	.	434	69	15,9	13 020	890	6,8	.	.	10	237	.	83	1 162	.	.
Mai . . .	83	2	2,4	2 573	8	0,3	.	.	421	74	17,6	13 051	848	6,5	2	0,5	9	137	.	85	993	2	2,4
Juni . . .	77	3	3,9	2 310	43	1,9	.	.	429	46	10,7	12 870	589	4,6	.	.	10	124	1	59	756	1	1,7
Juli . . .	72	4	5,6	2 232	8	0,4	2	2,8	441	62	14	13 671	752	5,5	.	.	13	207	1	79	967	3	3,8
August .	76	2	2,6	2 356	26	1,1	.	.	423	57	13,5	13 113	717	5,5	1	0,2	14	284	.	73	1 027	1	1,4
September	84	12	14,3	2 520	85	3,4	2	2,4	438	44	10	13 140	520	3,9	1	0,2	16	141	.	72	746	3	4,2
Oktober .	86	6	6,9	2 646	89	3,4	1	1,2	452	62	13,7	14 012	931	6,6	1	0,2	18	220	1	86	1 240	3	3,5
November	90	6	6,7	2 700	32	1,2	1	1,1	495	100	20,2	14 850	1115	7,5	3	0,6	17	277	.	123	1 424	4	3,3
Dezember	81	2	2,5	2 511	14	0,6	.	.	510	69	13,5	15 810	1053	6,7	1	0,2	10	207	1	81	1 274	2	2,5
Januar . .	80	3	3,75	2 480	49	2	.	.	500	60	12	15 500	780	5	2	0,4	13	212	1	76	1 041	3	3,9
Februar .	86	3	3,5	2 408	84	3,5	.	.	466	56	12	13 048	561	4,3	.	.	16	209	2	75	854	2	2,7
März . . .	85	8	9,4	2 635	116	4,4	.	.	434	43	9,9	13 454	475	3,5	1	0,2	7	163	.	58	754	1	1,7
Summe	987	55	67,1 pro Jahr bei 82 monatl. Durchschn.	29 981	589	2	6	.	5443	742	163,6	165 539	9231	5,6	12	.	153	2418	7	950	12 238	25	.
Durchschnitt pro Monat .	82 Davon: 2 Chinesen, sonst fast nur Melanesen	4,6 Davon 0,1 Chinesen, 0,1 Javanen, 4,4 Melanesen.	5,6	2498,4	49	2	0,5 nur Melanesen.	0,6 Das heißt für das Jahr 7,3 %	453,5 Davon: 42 Chinesen, 19,5 Malaien, 392 Melanesen	61,9 Davon 6,6 Chinesen, 1,2 Malaien, 54,1 Melanesen.	13,6	13 794,9	769,25	5,6	1	0,22 oder für das ganze Jahr 2,6 %	12,75	201,5	0,6	79,2	1019,8	2,1	2,7

Tabelle VI.

Arbeiterhospital. Anteil der einzelnen Stationen.

Stationen	Chinesen			Malaien			Melanesen			Gesamtzahl der		
	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle
Gouvernement	1	1	.	1	6	.	37	582	6	39	589	6
Friedrich Wilhelmshafen und Jomba	57	823	.	12	140	.	420	8268	12	489	9231	12
Stephansort	.	.	.	.	.	.	6	403	1	6	403	1
Andere Stationen der N. G. C.	5	110	.	.	.	.	18	1002	1	23	1112	1
Schiffsbesatzung	9	117	.	1	1	.	23	489	.	33	607	.
Freie und sonstige	7	122	1	4	110	3	4	64	1	15	296	5
Summa	79	1173	1	18	257	3	508	10 808	21	605	12 238	25

Tabelle VI.

Arbeiterhospital. Anteil der einzelnen Stationen.

Stationen	Chinesen			Malaien			Melanesen			Gesamtzahl der		
	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle	Kranke	Krankentage	Todesfälle
Gouvernement	1	1	.	1	6	.	37	582	6	39	589	6
Friedrich Wilhelmshafen und Jomba	57	823	.	12	140	.	420	8268	12	489	9231	12
Stephansort	.	.	.	.	.	.	6	403	1	6	403	1
Andere Stationen der N. G. C.	5	110	.	.	.	.	18	1002	1	23	1112	1
Schiffsbesatzung	9	117	.	1	1	.	23	489	.	33	607	.
Freie und sonstige	7	122	1	4	110	3	4	64	1	15	296	5
Summa	79	1173	1	18	257	3	508	10 808	21	605	12 238	25

Tabelle VII.
Arbeiterhospital. Frequenz der Krankenzahl.

Monat	Chinesen					Malaien					Melanesen					Insgesamt				
	Bestand	Zugang	Abgang durch Entlassung	Abgang durch Heimatsendung	Abgang durch Tod	Bestand	Zugang	Abgang durch Entlassung	Abgang durch Heimatsendung	Abgang durch Tod	Bestand	Zugang	Abgang durch Entlassung	Abgang durch Heimatsendung	Abgang durch Tod	Bestand	Zugang	Abgang durch Entlassung	Abgang durch Heimatsendung	Abgang durch Tod
April	3	7	4	.	.	1	.	1	.	.	33	39	37	.	.	37	46	42	.	.
Mai	6	6	5	.	.	.	.	.	.	.	35	38	54	.	2	41	44	59	.	2
Juni	7	5	10	.	.	.	1	1	.	.	17	28	26	.	1	24	34	37	.	1
Juli	2	6	7	.	.	.	3	1	1 [4]	.	18	50	36	.	3	20	59	44	1	3
August	1	4	1	2 [1]	.	1	2	3	.	.	29	36	37	.	1	31	42	41	2	1
September	2	2	2	2 [2]	.	.	3	2	.	.	27	36	28	.	3	29	41	32	2	3
Oktober	.	9	3	.	1	1	.	1	.	.	32	44	36	.	2	33	53	40	.	3
November	5	9	12	.	.	.	4	4	.	.	38	70	70	.	4	43	83	86	.	4
Dezember	2	6	7	.	.	.	3	.	.	1 [5]	34	34	43	.	1	36	43	50	.	2
Januar	1	7	7	.	.	2	.	.	.	1 [6]	24	42	36	2 [8]	2	27	49	43	2	3
Februar	1	9	5	1 [3]	.	1	1	1	.	1 [7]	26	36	36	.	1	28	46	42	1	2
März	4	6	6	.	.	.	.	.	.	.	25	22	28	1 [9]	1	29	28	34	1	1
Summa	34	76	69	5	1	6	17	14	1	3	338	475	467	3	21	378	568	550	9	25
Durchschnitt pro Monat	2,8	6,3	5,75	0,4	0,1	0,5	1,4	1,2	0,1	0,25	28,2	39,6	39,3	0,25	1,75	31,5	47,3	45,8	0,8	2,1
			6,25					1,6					41,3					48,7		

[1]) 1 freier Chinese vom Postdampfer mit Beri-Beri; 1 freier Chinese mit Malaria aus Jomba. — [2]) 1 freier Chinese mit Pneumonie aus Jomba; 1 freier Chinese der Siar mit chronischem Gelenkrheumatismus. — [3]) 1 Chinese aus Friedrich Wilhelmshafen mit Tuberkulose. — [4]) 1 Malaie der Mission mit Beri-Beri. — [5]) 1 Malaie der Mission an Schußverletzung. — [6]) 1 Malaie mit Tuberkulose und tertiärer Syphilis. — [7]) 1 Malaie desgleichen. — [8]) 2 Melanesen wegen allgemeiner Schwäche. — [9]) 1 Melanese wegen chronischer Malaria.

Tabelle VII.
Arbeiterhospital. Frequenz der Krankenzahl.

Monat	Chinesen					Malaien					Melanesen					Insgesamt				
	Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch			Bestand	Zugang	Abgang durch		
			Entlassung	Heimatsendung	Tod			Entlassung	Heimatsendung	Tod			Entlassung	Heimatsendung	Tod			Entlassung	Heimatsendung	Tod
April	3	7	4	.	.	1	.	1	.	.	33	39	37	.	.	37	46	42	.	.
Mai	6	6	5	.	.	.	.	.	.	.	35	38	54	.	2	41	44	59	.	2
Juni	7	5	10	.	.	.	1	1	.	.	17	28	26	.	1	24	34	37	.	1
Juli	2	6	7	.	.	.	3	1	1 [4]	.	18	50	36	.	3	20	59	44	1	3
August	1	4	1	2 [1]	.	1	2	3	.	.	29	36	37	.	1	31	42	41	2	1
September	2	2	2	2 [2]	.	.	3	2	.	.	27	36	28	.	3	29	41	32	2	3
Oktober	.	9	3	.	1	1	.	1	.	.	32	44	36	.	2	33	53	40	.	3
November	5	9	12	.	.	.	4	4	.	.	38	70	70	.	4	43	83	86	.	4
Dezember	2	6	7	.	.	.	3	.	.	1 [5]	34	34	43	.	1	36	43	50	.	2
Januar	1	7	7	.	.	2	.	.	.	1 [6]	24	42	36	2 [8]	2	27	49	43	2	3
Februar	1	9	5	1 [3]	.	1	1	1	.	1 [7]	26	36	36	.	1	28	46	42	1	2
März	4	6	6	.	.	.	.	.	.	.	25	22	28	1 [9]	1	29	28	34	1	1
Summa	34	76	69	5	1	6	17	14	1	3	338	475	467	3	21	378	568	550	9	25
Durchschnitt pro Monat	2,8	6,3	5,75	0,4	0,1	0,5	1,4	1,2	0,1	0,25	28,2	39,6	39,3	0,25	1,75	31,5	47,3	45,8	0,8	2,1
			6,25					1,6					41,3					48,7		

[1]) 1 freier Chinese vom Postdampfer mit Beri-Beri; 1 freier Chinese mit Malaria aus Jomba. — [2]) 1 freier Chinese mit Pneumonie aus Jomba; 1 freier Chinese der Siar mit chronischem Gelenkrheumatismus. — [3]) 1 Chinese aus Friedrich Wilhelmshafen mit Tuberkulose. — [4]) 1 Malaie der Mission mit Beri-Beri. — [5]) 1 Malaie der Mission an Schußverletzung. — [6]) 1 Malaie mit Tuberkulose und tertiärer Syphilis. — [7]) 1 Malaie desgleichen. — [8]) 2 Melanesen wegen allgemeiner Schwäche. — [9]) 1 Melanese wegen chronischer Malaria.

Tabelle VIII.
Arbeiterhospital. Krankenzahl und -tage nach Art der Krankheiten.

Monat	Im ganzen	Infektionskrankheiten	Geschlechtskrankheiten	Hautkrankheiten	Sinnesorgane	Chirurgische Krankheiten	Sonstige Krankheiten
April	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Mai	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Juni	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Juli	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
August	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
September	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Oktober	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
November	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Dezember	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Januar	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Februar	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
März	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Summe	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
In %	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Insgesamt:
Kranke: Chinesen 73, Malaien 16, Melanesen [illegible]
Krankentage: „ [illegible], „ [illegible], „ [illegible]

Tabelle IX.
Arbeiterhospital. Todesfälle nach Art der Krankheiten.

Monat	Summe	Tuberkulose	Dysenterie	Pneumonie	Kachexia Malaria	Venerisches Granulom	Nephritis	Dickdarmkatarrh	Trockenfischvergiftung	Erschöpfung	Schußverletzung
April	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mai	2	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.
Juni	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Juli	3	.	1	.	1	1	.	.	.	.	.
August . . .	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
September . .	3	.	2	.	.	.	.	1	.	.	.
Oktober . . .	3	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.
November . .	4	.	.	3	.	.	.	.	.	1	.
Dezember . .	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Januar . . .	3	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Februar . . .	2	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
März	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summa . . .	25	5 [1])	5	8	1	1	1	1	1	1	1 [2])
Durchschnitt pro Monat	2,1	0,4	0,4	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Durchschnitt in %.		20	20	32	4	4	4	4	4	4	4

[1]) Davon 1 Chinese, 2 Malaien. — [2]) Malaie.

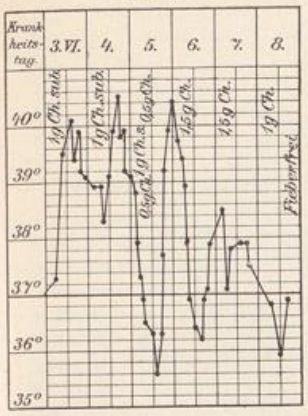
Tabelle IX.
Arbeiterhospital. Todesfälle nach Art der Krankheiten.

Monat	Summe	Tuberkulose	Dysenterie	Pneumonie	Kachexia Malaria	Venerisches Granulom	Nephritis	Dickdarmkatarrh	Trockenfischvergiftung	Erschöpfung	Schußverletzung
April	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mai	2	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.
Juni	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Juli	3	.	1	.	1	1	.	.	.	.	.
August . . .	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
September . .	3	.	2	.	.	.	.	1	.	.	.
Oktober . . .	3	1	1	.	.	.	.	.	1	.	.
November . .	4	.	.	3	.	.	.	.	.	1	.
Dezember . .	2	1	.	.	.	.	.	.	.	.	1
Januar . . .	3	1	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Februar . . .	2	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.
März	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summa . . .	25	5 [1]	5	8	1	1	1	1	1	1	1 [2]
Durchschnitt pro Monat	2,1	0,4	0,4	0,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Durchschnitt in %		20	20	32	4	4	4	4	4	4	4

[1]) Davon 1 Chinese, 2 Malaien. — [2]) Malaie.

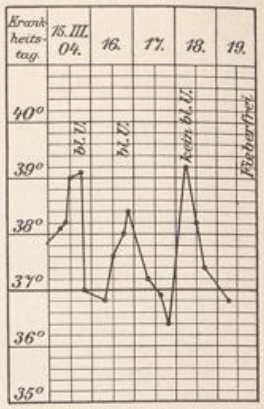
Temperaturkurven.

Nr. 1.



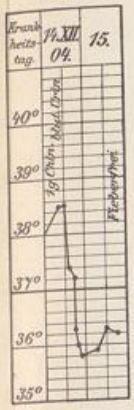
Ch = Chinin.

Nr. 2.

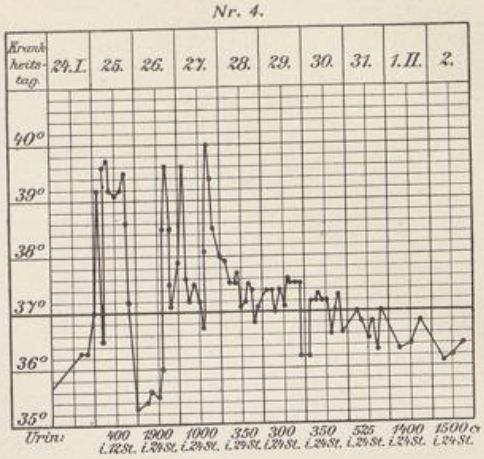


bl. U. = blutiger Urin.

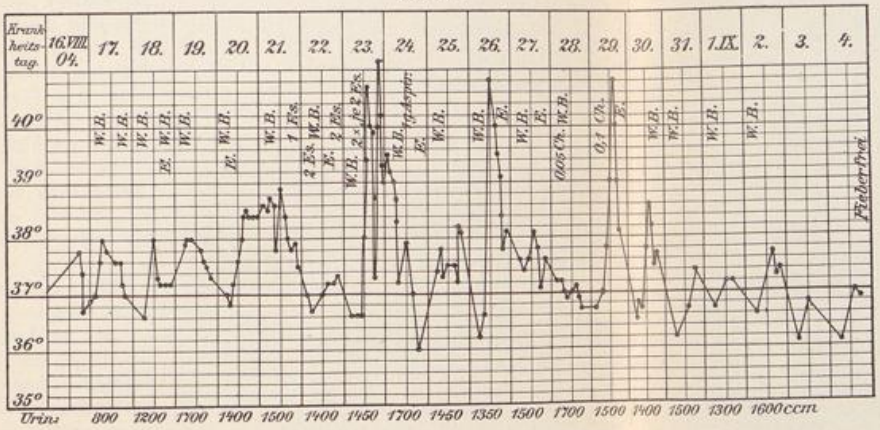
Nr. 3.



Nr. 4.

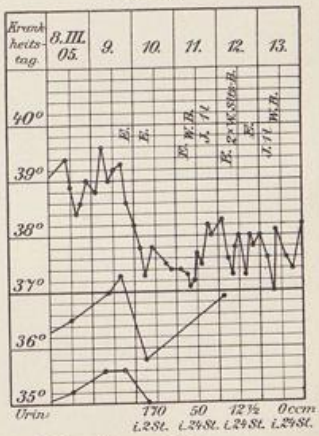


Nr. 5a.



W.B. = Warmes Bad. E. = Einlauf.
Es. = Esanophelespille. Ch. = Chinin.

Nr. 5b.



W.B. = Warmes Bad.
E. = Einlauf von Kochsalzlösung.
J. = Infusion von Kochsalzlösung.

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

C. Käwieng.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Danneil.)

I. Allgemeines.

Topographie, Geologie, Vegetationscharakter.

Der Nordwestzipfel von Neu-Mecklenburg, auf welchem die Station Käwieng liegt, stellt ein fast ebenes Land dar, nur von leichten Bodenwellen durchzogen. Die höchste Erhebung weithin ist ein niedriger Hügelkamm, der vom Nordkap nach Süden streichend der westlichen Küstenlinie parallel läuft und zwischen sich und dem Meer noch einen kleinen flachen Strandstreifen von wechselnder Breite — durchschnittlich etwa 30 bis 50 m — frei läßt. An dieser nach Westen schauenden Küste liegt die Regierungsstation Käwieng, gegenüber der Doppelinsel Nusa. Vom vorerwähnten Hügelkamm aus erblickt man nach Norden zu das offene Meer, nach Westen und Süden gleitet das Auge jenseits des schmalen Vorlands und des weißen Korallensandstrandes über uferumgürtende Riffe hinein in ein farbensattes Gewirre dunkelgrüner, palmenbestandener Inseln, bald tiefblauer, bald smaragdgrüner Meeresarme und schneeweißer, hin- und wiedereilender Schaumkämme — es ist das sogenannte Nusafahrwasser. Nach Osten dagegen wandert der Blick weit hinein ins flache Land über mächtige hellgrüne Alang-Alangfelder, die wiederum unterbrochen werden von dunkelgrünen Urwaldpartien. Auch aus den Alang-Alangsteppen erheben sich allenthalben vereinzelte dunkle Pandanusbäume, so daß man in einen unendlichen Park zu blicken glaubt. In der Nähe der Station sind die Alangfelder schon vielfach unter Kultur genommen und mit jungen Kokospalmen bestockt, unter denen Süßkartoffeln, Maniok und Mais als Unterfrucht gedeihen.

Geologisch betrachtet ist dieser Teil Neu Mecklenburgs sehr junges Land. Der Boden des ganzen Nordwestzipfels bis mindestens zum Beginn des Bergzugs, welcher die Längsachse Neu Mecklenburgs in südöstlicher Richtung durchzieht, besteht aus gehobener Koralle jungen Datums. Allenthalben ragen auch im ebenen Land aus dem Boden große und kleine Korallenblöcke und ganze Riffpartien hervor und zeigen die Struktur der verschiedenen Korallenarten fast unverändert; kleine Korallentrümmer und zahllose

Muschelschalen bedecken überall den Erdboden und durchsetzen die Krume, welche durch Verwitterung an der Oberfläche entstanden ist. Es ist ohne weiteres klar, daß bei einer geologisch so jungen Landbildung die Verwitterungskrume noch keine sehr tiefgründige sein kann. Da, wo der Boden sich in sanften Wellen hebt und vorwiegend Steppenland bildet, stößt man schon in geringer Tiefe auf fast unverwitterte Koralle. In den Senkungsgebieten, den Talmulden, die vorwiegend von Waldpartien bedeckt sind, haben Regen und Wind schon stärkere Erdschichten zusammengeführt. Hier stößt man unter einer mäßigen Humusschicht auf den festen, zähen, rotgelben Lehm, der auch sonst allenthalben die Oberfläche bildet, und dessen rote Farbe sich unter dem Einfluß der freien Luft und Sonne allmählich in Braun verwandelt. Schon eine kurze Trockenperiode macht diesen Boden hart und brüchig, und unzählige Risse und Sprünge durchziehen ihn dann. So werden wir lebhaft an jene Bildung erinnert, welche die Geologen uns als Terra rossa von den gehobenen Korallenkalken der Bahamainseln, aus den karstigen Küstenländern des Adriatischen Meeres usw. beschrieben haben. Und in der Tat, es kann kaum bezweifelt werden, daß diese Bildungen identisch sind. Da wir hier weder Bäche noch Rinnsale haben, welche aus höher gelegenen Berggegenden alluviales Schwemmland herbeiführen oder anderseits hier an Ort und Stelle gebildete Verwitterungsprodukte wegschwemmen könnten, so muß unsere rotgelbe Erde das Endprodukt der Verwitterung der weißen Koralle sein — ein geologisch längst bekannter Vorgang. Die atmosphärischen Niederschläge laugen den kohlensauren Kalk allmählich aus, und zurück bleibt ein stark eisenschüssiges Tonerdehydrat, dem eben jener Eisengehalt die rote Farbe verleiht. Zu einer Bildung echten Laterits ist es dagegen hier noch nicht gekommen.

Bei den eben geschilderten Bodenverhältnissen wird man fürs Erste nicht allzu sanguinische Erwartungen an die Fruchtbarkeit des Landes stellen können; objektiv wird dies schon durch die Art der Urvegetation angedeutet, welche von Menschenhand fast nur am Küstensaum beeinflußt ist. Die zum Teil recht ausgedehnten Alang-Alangsteppen beweisen, daß der Boden seit seiner Entstehung noch nicht imstande war, etwas Besseres hervorzubringen. Nur an den Stellen, wo das Terrain sich senkt und eine stärkere Anhäufung von Verwitterungsprodukten stattgefunden hat, ist Buschwald aufgewachsen; er bildet gleichsam mehr oder weniger

große Oasen im Grasland, die ganz allmählich sich peripher verbreitern und dereinst zu einem großen Urwald zusammenfließen würden, wenn jetzt nicht die Hand des Menschen störend dazwischen gegriffen hätte. Auch der gegenwärtig bestehende Buschwald hat noch nicht den Charakter eines großen alten Urwalds; man würde ihn vielmehr einen sekundären nennen, wenn nicht das Stadium seiner Entwicklung unabhängig von einem vorausgegangenen Eingreifen des Menschen wäre.

Wasserverhältnisse, Niederschläge.

Schon vorhin ist erwähnt, daß das Land weit in der Runde keinerlei fließendes Wasser aufweist, was nach der Darstellung des geologischen Baues und der Oberflächenbeschaffenheit dieses Teils von Neu Mecklenburg nicht Wunder nehmen kann. Während der Süden und die Mitte unserer schmalen langgestreckten Insel in der Längsachse von einer bewaldeten Gebirgskette durchzogen — eigentlich sogar von ihr gebildet wird —, hat unser im Nordwesten angehängter Zipfel keinerlei bedeutende Erhebungen über den Meeresspiegel und keinen massigen Urwald; der Boden selbst ist für Niederschläge außerordentlich durchlässig, sodaß kein Faktor gegeben ist, welcher das Wasser veranlassen müßte, sich in Rinnsalen zu sammeln und einen Abfluß nach außerhalb zu suchen.

An Niederschlägen selbst ist unter normalen Verhältnissen ein Mangel offenbar nicht vorhanden, wennschon systematische Beobachtungen darüber in verwertbarer Weise nicht vorliegen. Im Berichtsjahre war jedenfalls die Zahl der Regentage eine größere als diejenige, an denen es nicht regnete. Außerdem fällt fast ausnahmslos nach Sonnenuntergang sehr starker Tau, sodaß zwischen 8 und 9 Uhr abends die Dachrinnen hörbar tropfen.

Grundwasser ist in der Umgebung der Station fast allenthalben in mäßiger Tiefe vorhanden, ja, an einer umschriebenen Stelle östlich des früher erwähnten Hügelzuges tritt es sogar in einzelnen Tümpeln zutage. Hier ist eine ziemlich starke Depression des Bodens vorhanden, und man hat diese Tümpel teilweise noch künstlich vertieft, um den eingeführten malaiischen Wasserbüffeln einen ihnen zusagenden Aufenthalt zu schaffen. Es besteht die Absicht, den Aufenthaltsort dieser Büffel in größere Entfernung von der eigentlichen Station zu verlegen und diese Wassertümpel zuzuschütten.

Wirkliche Sumpfgebiete finden sich sonst nicht in der Nachbarschaft der Station. Dagegen sollen sich weiter im Süden, immerhin in einer Entfernung, die nach Kilometern zählt, sehr ausgedehnte Sumpfstrecken und Creekbildungen befinden, welche zum Teil mit dem Meere zusammenhängen. Die Entfernung dieser Sümpfe ist aber zu groß, um als hygienischer Faktor für unsere Station in Frage zu kommen.

Über anderweitige meteorologische Faktoren, wie Luftdruck, Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Windbewegungen und Jahreszeiten liegen exakte Beobachtungen noch nicht vor. Im großen und ganzen wird hierüber aber dasselbe zu sagen sein, was auch für Herbertshöhe zutrifft und worüber ich im Jahre 1897 ausführlich berichtet habe.*)

Erdbeben sind hier jedenfalls sehr viel seltener als im Gebiet der Blanchebai; aber sie kommen vor; denn erstens ist die Erscheinung den Eingeborenen bekannt — sie haben ein besonderes Wort dafür — und zweitens hat Berichterstatter ein solches beobachten können, zufällig als einziger auf der Station anwesender Europäer: am 10. Januar 1904 mittags 1 Uhr erfolgten zwei heftige, anscheinend aus Westen kommende Stöße; es soll dies seit vielen Jahren das stärkste hier beobachtete Erdbeben gewesen sein. Im Zusammenhang damit mag noch erwähnt werden, daß wir westlich und südlich von uns in mäßiger Entfernung eine Anzahl kleiner Vulkankegel haben — so im westlichen Neu Hannover, auf der Insel Szalápiu (Mausoleum) im Nusafahrwasser und der Dietert-Berg auf dem Südwestzipfel von Neu Mecklenburg. Diese Vulkane sind zwar gegenwärtig nicht mehr tätig, aber ihre wenig denudierte Form beweist deutlich, daß sie noch jungen Datums sind.

Bezüglich der Jahreszeiten wäre auch hier zu sagen, daß wir eine Periode vorwiegend westlicher und eine andere Periode vorwiegend östlicher Winde haben; beide sind von einander jeweils getrennt durch eine Periode der Übergänge mit wechselnden Winden bezw. völligen Windstillen. Die Beobachtungsperiode ist bis jetzt sehr kurz und die diesbezüglichen Wahrnehmungen haben daher nur einen sehr relativen Wert; doch glaube ich — abweichend von den Verhältnissen an der Blanche-Bai — wahrgenommen zu haben, erstens, daß die jeweiligen Übergangsperioden

*) Diese Angaben sind größtenteils in den „Nachrichten aus Kaiser-Wilhelmsland und dem Bismarck-Archipel“ abgedruckt.

von einer Jahreszeit zur anderen sich hier über einen größeren Zeitraum ausdehnen und daß zweitens die Jahreszeiten selbst sich weniger scharf als eine Periode des „Süd"-Ostpassat und des „Nord"-Westmonsûn charakterisieren, sondern daß es sich vielmehr nur um das Vorherrschen der Winde von Osten oder Westen — aber mit häufigen Schwankungen nach bald nördlicher, bald südlicher Richtung handelt.

Bevölkerung.

Die Nachbarschaft und das Hinterland unseres Stationsgebietes ist spärlich bewohnt. Die Siedelungen der Eingeborenen konzentrieren sich fast ganz auf den Streifen längs der Küste, wo auch durchgehends das bessere Land zu sein scheint. Der Grundtypus des Melanesiers ist schon so oft und eingehend geschildert worden, daß hier nicht mehr darauf eingegangen zu werden braucht. Es genügt, einige Besonderheiten hervorzuheben.

Im allgemeinen hat man von den Stämmen der nächsten Nachbarschaft nicht den Eindruck, besonders kräftige Leute vor sich zu haben; im Durchschnitt erreichen sie jedenfalls nicht die stattliche muskulöse Entwicklung der Stämme, welche der Blanche-Bai in Neu Pommern unmittelbar anwohnen.

Die wichtigsten Nahrungsmittel der hiesigen Eingeborenen sind Kokosnüsse, das Mark der Sagopalme, Fische und Schweine; daneben werden in sehr beschränktem Umfang Bananen und Taros sowie etwas Süßkartoffeln gebaut.

Die Kokospalme bildet besonders auf den flachen Korallen-inseln des Nusafahrwassers, aber auch an weiten Strichen der Küste hin ganze Wälder. Ihr Vorhandensein ist die Hauptursache, daß hier eine der frühesten Europäerniederlassungen im Bismarck-Archipel überhaupt stattfand. Nachdem die Kokospalme seit unvordenklichen Zeiten einmal eingeführt ist, gibt der Eingeborene sich nicht die geringste Mühe mehr damit.

Als Nahrungsmittel von mindestens gleicher Wichtigkeit in hiesigen Gegenden und ein weiterer Faktor, der Trägheit der Eingeborenen Vorschub zu leisten, ist die Sagopalme zu nennen, welche besonders in den sumpfigen Gegenden in ungeheuren Mengen wild wächst. Die gnießbare Substanz wird durch Zerkleinern und Auslaugen des Markes gewonnen und man versteht dieselbe zu ziemlich dauerhaften Konserven zu verarbeiten.

Da die Eingeborenen, wie früher erwähnt, teils auf den Inseln, teils an der Küste ihre Dörfer haben, sind sie wohl alle in der Lage, sich mit einiger Regelmäßigkeit eine Zukost an Fischen und Seemuscheln zu verschaffen. Auch Schweine werden überall gehalten und gelten als wertvolle Leckerbissen. Meist werden sie nur bei den — allerdings recht häufigen — Festen geschlachtet. Fett haben diese Tiere fast gar nicht, und ihr Fleisch steht an Güte weit hinter dem des Kulturschweins zurück. Letzteres weiß der Eingeborene sehr wohl zu schätzen und er sucht sich gern europäische Schweine zur Rassenverbesserung zu verschaffen. Merkwürdigerweise halten die Eingeborenen in diesen Gegenden keine Hühner, welche sie anderswo schnell von den Europäern übernommen haben. Ein Grund für diese Erscheinung ist mir nicht bekannt.

Die reichen Bestände an Kokospalmen und Sago, deren Ausbeutung nur eine geringe Mühe macht, sind bereits als der eine Grund erwähnt, weshalb die hiesigen Eingeborenen die immerhin viel Arbeit erfordernde Kultur der knolligen Erdfrüchte, Süsskartoffeln, Yams und Taro so vernachlässigen; es mag aber auch ein zweiter Grund eine wichtige Rolle dabei spielen, speziell in bezug auf die wertvollste Erdfrucht, den Taro, nämlich, daß der Boden sich wenig dazu eignet. Taro verlangt, um gute Resultate zu geben, schweren, tiefgründigen Urwald, d. h. Humusboden. An günstig gelegenen Flecken, auf ehemaligem Waldboden, haben die Eingeborenen auch kleine Bezirke mit Taro bepflanzt; von ausschlaggebender Bedeutung für die Ernährung sind diese Anpflanzungen aber nicht. Anders ist es mit der Süßkartoffel, welche hier allenthalben gut gedeiht und von den Schwarzen gern gegessen wird; aber auch mit diesem Nahrungsmittel haben die Eingeborenen sich bisher nur wenig Mühe gegeben.

Es mag zum Schluß noch einmal daran erinnert werden, daß diese Ausführungen sich zunächst nur auf den nordwestlichen Teil von Neu Mecklenburg beziehen.

Die Stationsanlage nimmt naturgemäß ihren Anfang am Strande, nützt dann den unmittelbar dahinter folgenden und dem Strand parallel laufenden Hügelkamm aus und reicht hinüber in das jenseits des Kammes sich hinziehende Flachland. Es war ein glücklicher Gedanke, den unmittelbar am Strande gelegenen schmalen Streifen Flachlandes nicht mit Kulturen zu bepflanzen, sondern diese erst jenseits des Hügelzuges beginnen zu lassen, weil den auf

dem Kamme gelegenen Europäerwohnungen damit das Durchstreichen der Winde auch für spätere Zeiten gesichert ist.

Unmittelbar nach Norden von der Regierungsstation schließen sich noch drei Handelsstationen — Filialen größerer Firmen von der Blanche-Bai — an. Über die Einzelheiten der Anlagen gibt die im Deutschen Kolonialblatt XV. Jahrgang (1904) Nr. 4 veröffentlichte Abbildung (in 2 Sektionen) dieses Küstenstriches ein anschauliches Bild. Der südlichste Teil der Regierungsstation mit der Wohnung des Arztes und dem provisorischen Hospital ist noch nicht darauf enthalten, weil sie zu jener Zeit noch nicht existierten.

Es liegen gegenwärtig alle von Europäern bewohnten Gebäude auf dem Hügelkamm, in einer Lage, die in den Tropen als geradezu erstklassig bezeichnet werden kann. Dieser Hügelzug ist nichts weiter als ein mächtiges gehobenes Barriereriff. Sein Rücken ist gerade breit genug, um jeweils einem Gebäude bequemen Raum zu gewähren; nach Osten, dem Meere zu, ist die Steilseite des alten Riffes, nach Westen senkt der Hügel sich dann in sanfterem Abfall zur Ebene hinab. So können die vorherrschenden östlichen und westlichen Winde jeweils die Gebäude frei bestreichen. Ich kenne im hiesigen Schutzgebiet keine Stationsanlage, welche mit gleich glücklichen Verhältnissen rechnen könnte.

Für die gegenwärtig geringe Zahl von Beamten genügen die Baulichkeiten völlig. Die Häuser selbst sind im allgemeinen zweckentsprechende Holzbauten, hoch und luftig, mit ringsum laufender Veranda. Nur das eine Beamtenhaus macht hierin eine gewisse Ausnahme. Abgesehen davon, daß die Räume höher sein dürften, ist dasselbe auch nicht frei auf Pfeiler gebaut, sondern auf einem flachen soliden Sockel, welcher aus Korallensteinen, Sand, Zement und Kalk konstruiert ist. Es ist nicht empfehlenswert, den durch Erfahrung erprobten Pfeilerbau zu verlassen, dem gegenüber der Sockelbau auch nicht einen einzigen Vorteil, wohl aber eine ganze Reihe von Nachteilen aufzuweisen hat.

Die Vorteile genügend hoher Pfeilerbauten sind kurz gesagt, folgende:

1. sie heben den ganzen Bau in eine größere Höhe und damit über die Umgebung empor und machen ihn dadurch kühler und luftiger;

2. sie gestatten den Winden frei und kräftig auch u n t e r dem Hause durchzustreichen, was sowohl eine größere Trockenheit ge-

währleistet als auch insbesondere dem Eindringen der windempfindlichen Moskitos einen kräftigen Widerstand entgegensetzt;

3. sie gewähren einen gewissen Schutz gegen das Eindringen von allerlei Insekten und Ungeziefer, das den Erdboden belebt.

Keiner dieser drei Vorzüge kommt dem Sockelbau in annähernd gleicher Weise zu.

Das Abfuhrwesen.

Die Aborte der Europäerwohnungen sind — wie wohl überall in den Tropen — isoliert gestellt und mit Metall-Eimern versehen, deren Inhalt täglich zweimal ins Meer geschüttet wird. An sich läßt dieses System nichts zu wünschen übrig; man würde aber ebensogut Senkgruben anlegen können, wie sie auch in Herbertshöhe früher mit gutem Erfolge durchgeführt waren. Bei richtiger Anlage funktioniert eine derartige Grube jahrelang, ohne je einer Entleerung zu benötigen. Schließlich wird die Grube zugeschüttet und der darüber stehende Bau an einen anderen Ort versetzt. Nicht bei jedem Untergrund wäre dieses Verfahren möglich; hier aber werden alle flüssigen Teile äußerst schnell vom Boden resorbiert, und der Kalkboden besitzt bekanntlich ganz besonders die Fähigkeit, Fäkalien rasch zu zersetzen, sodaß derartige Anlagen fast geruchlos sind.

Die Schwarzen benutzen den Meeresstrand oder den Busch. In der Nähe des Hauses für die Polizeitruppe hat man einen Versuch gemacht, dies Geschäft in einem besonderen Raum zu zentralisieren. Die Anlage ist ähnlich gehalten wie in unseren Militärkasernen. Der Erfolg ist nicht sehr ermutigend; zur Benutzung gelangt meist der ringsumlaufende Gang.

Wasserversorgung.

Aus der allgemeinen Skizze über das Land und seine natürliche Beschaffenheit ist zu entnehmen, daß wir hier — ähnlich wie an der Blanche-Bai — einer Versorgung durch fließendes Wasser entbehren, ein bei den sonstigen Vorzügen des Platzes recht empfindlicher Mangel. Die Wasserversorgung der Station geschieht fast ausschließlich durch Auffangen des Regenwassers von den Hausdächern mittels Rinnen und Überleitung in jene bekannten eisernen Tanks. Es wird dies hygienisch stets ein mangelhaftes System bleiben, zumal die regelmäßige Reinigung dieser Tanks hier

wie fast überall viel zu wünschen übrig läßt. Im Berichtsjahr ist die Zahl der Wassertanks zwar erheblich vermehrt worden, aber dennoch würden die Vorräte bei einer etwaigen Trockenperiode von einigen Wochen rasch erschöpft sein. Die Grundwasserverhältnisse gestatten jedenfalls die Anlage von Brunnen an verschiedenen Punkten und, wenn irgend möglich, würde der abessinische Röhrenbrunnen als das souveräne System zu betrachten sein.

Verpflegung.

Für die Ernährung der Europäer in unserem Bezirk spielen die Konserven und eingeführten Lebensmittel noch eine große Rolle.

Vergegenwärtigen wir uns die natürlichen Hilfsmittel der Ernährung, welche unsere Gegenden dem jungen Kolonisten von vornherein zu bieten imstande waren, so müssen wir gestehen, daß kein anderes Kolonisationsgebiet der Erde in diesem Sinne so ärmlich dastand und dasteht wie die Inselflur der Südsee und Neu Guinea. Alle anderen Gebiete, wenn sie nicht schon durch eine reiche Bevölkerung die mannigfachsten Hilfen zu geben imstande waren, lieferten durch die Existenz von großem jagdbarem Wild stets genügend frisches Fleisch. Das fällt hier gänzlich weg, und man muß inmitten solcher Verhältnisse sein Leben geführt haben, um die ganze Schwere dieses Mangels zu würdigen. Dazu kommt eine überaus spärliche Bevölkerung, welche scheu, zurückhaltend, arbeitsunlustig und ohne Erwerbstrieb ist. Die Eingeborenen hierzulande züchten nichts und bauen nichts an mit Hinblick auf den Erwerb, sondern fast ausschließlich für ihren eigenen Bedarf. So kommt es, daß sie selbst die wenigen Produkte, welche auch für uns verwertbar wären, kaum jemals freiwillig zum Verkauf anbieten. Ihr einziges Schlachttier, das Schwein, ist für den Europäer fast nicht zu haben; nicht besser ist es mit Fischen. Kokosnüsse und Sago — in der Eingeborenen-Form — kommen als dauernde Nährmittel für den Europäer nicht in Frage. Taro, Yams und Süßkartoffeln werden fast nicht kultiviert; auch hat sich die Mehrzahl der Europäer nie recht mit diesen Erdfrüchten befreunden können, wie die regelmäßige und stets sehr begehrte Einfuhr von Kartoffeln aus Australien, Java oder Ostasien am besten beweist.

Auch dasjenige, was der Europäer unabhängig von den Eingeborenen sich an Nahrungsmitteln im Lande selbst durch Zucht oder

Anbau beschaffen kann, ist eng umgrenzt. Um dies richtig zu verstehen, muß man im Auge behalten, daß kaum ein Europäer in diese Gebiete kommt lediglich mit der Absicht, recht und schlecht aus den Hilfsquellen des Landes sein Leben zu fristen. Der Beamte hat Pflichten zu erfüllen, die seine Kräfte völlig absorbieren; der Kaufmann und Pflanzer wagt Kapitalien, um dereinst hohe Zinsen davon zu erlangen. Sie alle würden ihre Ziele verkennen und in diesem Sinne Mißwirtschaft treiben, wenn sie einen großen Teil ihrer Zeit darauf verwenden wollten, ihr physisches Dasein möglichst direkt aus den Hilfsquellen des Landes herauszuarbeiten. Das ist Sache der Bauern; aber der Bauer für das Neu Guinea-Schutzgebiet ist bis heute noch nicht gefunden und wird sich unter Europäern schwerlich jemals finden. — Mit einem Wort, es ist der Mangel an Zeit, welcher in erster Linie dem Gartenbau, der Geflügel- und Schweinezucht und ähnlichen Dingen entgegensteht.

Ein kleiner Hühnerbestand ist so ziemlich das einzige, was mit einigem Erfolg und ohne allzugroßen Aufwand von Mühe und Kosten sich lohnt. Freilich ohne Fütterung, Wartung und Überwachung würden auch auf diesem Gebiete die Resultate äußerst bescheiden sein. Anderes Geflügel wie Enten, Truthühner usw. erfordert besondere Bedingungen, verursacht sehr viel mehr Mühe und Kosten und bringt viel häufiger Enttäuschungen. Schweine kann der einzelne nicht halten und selbst für größere Pflanzungen hat die Zucht derselben sich meist als nicht lohnend erwiesen. Würde man die Tiere frei umher laufen lassen, so würden sie gewaltige Zerstörungen in den Kulturen anrichten, außerdem verwildern und sich verlaufen. Fenzt man sie aber ein, so müssen sie ausgiebig gefüttert werden, was bei dem Mangel geeigneter Nahrungsmittel viel zu kostspielig ist, abgesehen davon, daß eine solche Fenz selbst teuer ist und durch fortwährende Ausbesserungen dauernd Arbeitskräfte und Geld verschlingt. Am besten eignen sich Inseln von gewissem Umfang zur Schweinezucht, weil die Tiere hier frei herumlaufen und doch nicht ausbrechen können; auch die Fütterung kann sich dann in bescheidenen Grenzen halten. So ist in unserem Bezirk die Insel Nusa bis jetzt der einzige Platz, welcher einen nennenswerten Bestand an Schweinen im Besitze eines Europäers hat, und von dort fast allein kommt unser frisches Fleisch. Zugleich befindet sich dort sowie auf der hiesigen Kais. Station ein kleiner Bestand an Rindvieh, der zwar nur ganz ausnahmsweise ein Schlachttier liefern kann, aber uns doch für ge-

wöhnlich ein gewisses Quantum frischer Milch verbürgt. Auch je eine kleine Schafherde hat an beiden Punkten gute Anfänge zu verzeichnen, was bei ungestörtem Fortgang weitere Besserungen für die Zukunft verheißt. Der Gemüsebau, der in den Tropen ja auch seine bescheidenen Grenzen hat, ist zwar hin und wieder von einzelnen in Angriff genommen, aber stets wieder aufgegeben als unlohnend und mühselig. Denn zur Durchführung all dieser Dinge sind Arbeitskräfte nötig, welche schwer zu haben sind, wenig leisten und einer unausgesetzten Kontrolle bedürfen.

Die Ernährung der schwarzen Arbeiter wird während eines großen Teils des Jahres durch die Produkte der Unterpflanzungen in der Kokospalmen-Plantage ermöglicht. Es kommt hauptsächlich die Süßkartoffel in Betracht, daneben etwas Maniok mit anscheinend bescheidenen Resultaten. Zeitweilig werden auch die größeren Segelboote der Station nach Neu Hannover gesandt, um Taro gegen Tabak einzutauschen. Neu Hannover ist ein ziemlich günstiges Tarogebiet, nur die Entfernung dahin ist erheblich. — Im übrigen wird den Schwarzen Reis verabreicht. Für kleinere Zutaten an Kokosnüssen, Kräutern, welche gekocht genossen werden, usw. sorgen die Leute selbst. Auch ist die Stationsleitung bemüht, öfters frische Fische zu beschaffen.

II. Besonderes.

a. Der ärztliche Betrieb.

Der ärztliche Dienst ist in Käwieng im letzten Vierteljahr 1903 zum erstenmal aufgenommen worden und beschränkte sich auch während dieser Zeit nur auf einige Wochen, da Berichterstatter an anderen Orten dienstlich erforderlich war. Erst von Anfang Januar 1904 ab ist der ärztliche Dienst dauernd und ohne Unterbrechung im Gange gewesen.

Da Einrichtungen irgendwelcher Art noch nicht existierten, blieben die Kranken der Station zunächst wie bisher in ihren Schlafräumen und wurden dort besucht, soweit sie nicht imstande waren, selbst zum Arzt zu kommen. Inzwischen wurde ein kleines provisorisches Gebäude — hauptsächlich aus einheimischem Baumaterial — mit allen Kräften gefördert und konnte Anfang April 1904 bezogen werden, sodaß ein einigermaßen zentralisierter Betrieb ermöglicht war. Das Gebäude erwies sich bald als zu klein und es

ist im Laufe des Berichtsjahres ein zweites größeres hergestellt worden, das demnächst in Betrieb genommen werden kann.

Die Apotheke ist vorerst in der Privatwohnung des Arztes untergebracht, soweit sie jederzeit zur Hand sein muß; größere Vorräte verbleiben in einem Zimmer des Stationsbureaus. Diese beschränkten Verhältnisse, wie sie ein erster Anfang unvermeidlich mit sich bringt, wirken natürlich vielfach auf den ärztlichen Betrieb zurück, zumal mangels einer weißen Hilfskraft und bei der absoluten Unzulänglichkeit der schwarzen Kräfte der Arzt in seinem Betriebe alles sein muß. Die rein ärztliche Tätigkeit darf unter solchen Umständen höchstens ein Drittel der Zeit in Anspruch nehmen, und es muß manches eingeschränkt, manches auf bessere Zeiten verschoben werden. Die praktische Seite steht voran, die wissenschaftliche leidet. —

Was nun die Gesundheitsverhältnisse im allgemeinen anbelangt, so können diejenigen der Station Käwieng im engeren Sinne bisher nicht als ungünstig bezeichnet werden, weder bei den Europäern noch bei den Farbigen. Malaria und Dysenterie, die ausschlaggebenden Krankheiten der Tropen, sind zwar beide vorhanden, aber keine derselben ist bisher mit erschreckender Heftigkeit aufgetreten. Auf den weiter entfernt liegenden Stationen der Europäer, soweit sie etwa dem hiesigen ärztlichen Bezirk zuzurechnen wären, liegen die Verhältnisse verschieden. Auf einigen Inseln des Nusafahrwassers sind dieselben offenbar recht günstig und insbesondere Malaria-Erkrankungen selten; auf anderen scheinen sich schwere Infektionsherde ausgebildet zu haben. Ich nenne hier vor allem die neue Pflanzungsstation der Neu Guinea Co. auf der Insel Manne nahe dem Albatroß-Kanal. Den Angaben des dort wirkenden Pflanzers ist zu entnehmen, daß die anscheinend von jungvulkanischem Gestein gebildete Insel — die meisten der anderen Inseln sind rein korallinisch — außerordentlich feucht und sumpfig und mit schwerem Wald bestanden ist. Auch die Käwieng gegenüber liegende Insel Nusa hat sich als stark mit Malaria verseucht erwiesen, außerdem herrscht dort unter der kleinen, noch ansässigen Eingeborenen-Bevölkerung seit ziemlich langer Zeit Tuberkulose. Das Festland von Neu Hannover hat noch keine Europäerstationen; diejenigen der anliegenden Inseln scheinen ungünstige Verhältnisse nicht zu bieten. Auch von den Stationen an der Nordostküste von Neu Mecklenburg lauten die Angaben im allgemeinen nicht ungünstig.

b. Die Gesundheitsverhältnisse der Europäer.

Die Zahl der Beamten des Kais. Gouvernements im hiesigen Bezirk ist naturgemäß klein. Im Durchschnitt waren im Berichtsjahr 4 Beamte auf der Station, davon drei verheiratet. Rechnet man einen gewissen Personalwechsel hinzu, so stellt die Zahl sich etwas höher. Auch der weitere Kreis von Europäern, welcher durch die örtliche Lage veranlaßt, sich zunächst an den hiesigen Arzt wenden würde, ist nicht groß, da jede Station in der Regel nur mit einem Europäer besetzt ist, von denen nur ausnahmsweise einer verheiratet ist, Dieser Bezirk umgrenzt sich etwa wie folgt: das nördliche Neu Mecklenburg von Käwieng bis etwa 100 Kilometer nach Süden, d. h. bis zur Station Fissóa, das gesamte Inselgebiet des Nusafahrwassers, ferner Neu Hannover mit den östlich und nördlich vorgelagerten Inseln bis zu der kleinen Gruppe der Herzog von Portlands-Inseln als westlichste Grenze. Alles in allem kann man die Zahl ständiger Europäer, welche zu diesem Arztbezirk gehören auf 25 bis 30 angeben. Hierzu treten allerdings häufige Konsultationen seitens der Besatzungen oder Fahrgäste der kleinen Segelschiffe, Motorschoner und Dampfer, welche aus allen Teilen des Schutzgebietes kommend hier durch- und vorlaufen.

Unter der gesamten weißen Bevölkerung des vorbezeichneten Bezirkes ist seit Eintreffen des Berichterstatters ein Todesfall nicht vorgekommen; dagegen fand eine Geburt statt.

Von Erkrankungen, welche unter den Zugehörigen des Kais. Gouvernements stattfanden, verdient eine besondere Erwähnung eigentlich nur die Malaria. Es ist wohl niemand, welcher gänzlich von allen Äußerungen derselben verschont geblieben wäre. Kurz bevor der Berichterstatter seine Tätigkeit hier aufnahm, erkrankte die Frau eines Beamten an Schwarzwasserfieber.

Diese Frau, im hiesigen Schutzgebiet geboren und mit Ausnahme von etwa zwei Jahren auch in demselben aufgewachsen, hatte von Jugend auf Malariaanfälle gehabt, die wenig energisch bekämpft wurden. Da sie auch nach ihrer Verheiratung häufig Anfälle bekam, bestand der sehr verständige Ehemann auf der Durchführung einer Prophylaxe, die an der Hand des Plehnschen Buches mit 0,5 g jeden fünften Tag durchgeführt wurde. Gleichwohl trat im September 1903 ein Schwarzwasserfieberanfall ein, der allerdings rasch und günstig verlief. Der nächste Malariaanfall, welcher sehr bald erfolgte, wurde mit vorsichtiger Steigerung der Chinindosis behandelt, ergab aber bei einer Schwellendosis von 1 g noch eine Haemoglobinurie, die allerdings innerhalb weniger Stunden beendigt

war. Es wurde nun zur Kochschen Prophylaxe übergegangen und daneben eine sorgfältige Kontrolle der Malaria der schwarzen Diener vorgenommen. Eine ähnliche kurz dauernde Haemoglobinurie soll dann noch im Dezember 1903 vorgefallen sein, als Berichterstatter abwesend war. Die Intensität des Anfalles war so gering, daß die Prophylaxe fortgesetzt wurde. Die Patientin erholte sich gut, blieb während des ganzen ersten Vierteljahres 1905 fieberfrei und ließ dann die Prophylaxe ganz, da sie auf dem Wege war, Mutter zu werden. Sie ist dauernd von Malaria freigeblieben und hat einem gesunden Kinde das Leben gegeben.

Wenn dieser einzelne Fall auch nicht zu allgemeinen Schlußfolgerungen verwendet werden darf, so ist es doch immerhin der Anmerkung wert, daß der Allgemeinzustand der Patientin sich auffallend besserte, nachdem die Plehnsche mit der Kochschen Prophylaxe vertauscht war; auch erinnert er wieder an die Wichtigkeit der sorgfältigen Bekämpfung der Malaria unter den eigenen Dienern, ein Punkt, in dem wohl noch am meisten gesündigt wird.

Aus dem weiteren Kreise der Europäer ist ein überaus schwerer Schwarzwasserfieberanfall ebenfalls bei einer weißen Frau zu erwähnen, welche fünf Jahre ununterbrochen im hiesigen Schutzgebiet an einem stark mit Malaria infizierten Platz gelebt hatte. Chinin war sehr unregelmäßig, in ungenügender Menge, ohne Temperaturkontrolle und anscheinend meist bei bereits bestehendem Fieber genommen, daher auch stets schlecht vertragen worden. Am Schwarzwasserfieberanfall selbst ist bemerkenswert, daß der Blutzerfall zunächst allmählich, etwa vier Stunden nach der verhängnisvollen Dosis begann, sich allmählich in seiner Intensität steigerte und erst nach 12 Stunden zu einem starken Anfall mit Schüttelfrost und schwarzem Urin führte; in den nächsten 26 Stunden erfolgten noch vier weitere akute Nachschübe, welche das Leben der an sich schon anämischen Patientin durch Erschöpfung ernstlich bedrohten. Die Nieren funktionierten jedoch gut und bereits nach drei weiteren Tagen war der Urin ganz klar und frei von Eiweiß. Dagegen setzte am darauffolgenden — also sechsten Krankheitstage — eine neue Malariaattacke ein. Durch frühere Erfahrungen belehrt, begann ich — um die Patientin nicht noch auf diesem Wege zu verlieren — sofort nach Abfall des Fiebers mit der Chininisierung des Körpers, welche in vorsichtiger Steigerung und unter sorgfältigster Kontrolle der Temperatur mit Glück und ohne Zwischenfall durchgeführt wurde. Mit besonderer Sorgfalt wurde darauf gesehen, das Chinin nie bei ansteigender Temperatur zu geben. Vom 18. Tage ab wurde ein volles Gramm Chinin ausgezeichnet vertragen. Die Patientin reiste frei von Malaria zur Erholung in die Heimat.

Auch dieser Fall ist bemerkenswert. Sehr häufig werden ja bei einem starken Schwarzwasserfieber-Anfall die Parasiten mit zerstört und der Patient bleibt längere Zeit von Anfällen verschont, so daß man das Chinin beiseite lassen kann. Aber dies ist nicht

immer der Fall und die Anfälle kehren wieder. Man war dann insbesondere in früheren Jahren ängstlich und wagte gleichwohl kein Chinin zu geben. Das ist entschieden unrichtig. Der Arzt hat hier ein einfaches Rechenexempel anzustellen. Ein durch Schwarzwasserfieber erschöpfter Patient wird durch eine Reihe nicht bekämpfter Malaria-Attacken sicher zugrunde gehen; mit der Chininisierung des Körpers riskiert man zwar die Möglichkeit einer weiteren Hämoglobinurie, aber man hat doch die Aussicht, den Patienten „vielleicht" durchzubringen. Das ist die Plus-Seite, und dieser Weg muß gegangen werden. Ja — unter Hinzuziehung früherer Erfahrungen gleicher Art möchte ich behaupten, der Arzt, der so handelt, wird den Patienten nicht nur „vielleicht", sondern „sehr wahrscheinlich" durchbringen, wenn er nur die längst anerkannte Vorsicht der allmählichen Steigerung von geringsten Dosen ab gebraucht und — was ich ebenfalls für sehr wichtig erachte — wenn er unter genauester Temperaturkontrolle es ängstlich vermeidet, Chinin bei ansteigender Temperatur zu geben. Nach einer schweren Haemoglobinurie ist die Neigung zu weiterem Blutzerfall eine erfahrungsgemäß sehr geringe; es ist, als habe der Körper sich aller nicht mehr widerstandsfähigen Blutkörperchen mit einem Ruck entledigt. Die Steudelschen Versuche mit großen Chinindosen sind in diesem Sinne fast beweisend.

Schwere und länger dauernde Anfälle von Malaria sind sonst nur bei dem seitens der Neu Guinea Co. auf der zuvor erwähnten Insel Manne stationierten Europäer vorgekommen. Die übrigen Vorfälle beschränken sich auf ein- bis mehrtägige sporadische Anfälle. Unter den Beamten des Kais. Gouvernements wurde jedenfalls niemand auf nennenswerte Zeit der Ausübung seines Berufes entzogen.

Eine Prophylaxe wird hier von den meisten, welche überhaupt gelegentlich Anfälle haben, getrieben; jedoch ist sie meist eine unregelmäßige und willkürliche. Überwiegend geschieht dieselbe in Anlehnung an den Kochschen Modus. Eine strenge und andauernde Chininprophylaxe von Leuten fordern, welche in einer nicht übermäßig infizierten Gegend unter günstigen Wohnungsverhältnissen leben und nur selten einen Anfall haben, hieße Prinzipien reiten. Wer nicht selbst über lange Zeit eine derartig strenge Prophylaxe getrieben hat, wird sicher das Maß von Energie unterschätzen, das zu ihrer tatsächlichen Durchführung erforderlich ist. Das Einnehmen des Chinins in jeder Form wird mit der Zeit nicht leichter,

sondern immer widerlicher. Reinhalten des eigenen Hauses, d. h. sorgfältige Bekämpfung jedes Anfalls unter den schwarzen Dienern und bei sich selbst, ist der wichtigste Grundsatz. Von ganz anderer Bedeutung ist natürlich eine regelmäßige Prophylaxe für schwer infizierte Plätze. —

Von anderen Erkrankungen unter Europäern wäre nichts zu erwähnen, was nicht überall und immer vorkäme: Erkältungen, Störungen der Verdauungsfunktionen, unwesentliche Augenaffektionen, Hautausschläge und mancherlei chirurgisch zu behandelnde Kleinigkeiten, Erysipele, Phlegmonen, große Zahnabszesse, Drüseneiterungen usw.

c. Die Gesundheitsverhältnisse der Farbigen.

In weit höherem Maße wird der Arzt durch die Fürsorge für die Farbigen in Anspruch genommen. S. die Tabelle. Von einigen wenigen Chinesen und Malaien abgesehen sind es Melanesier, die man in folgende Gruppen einteilen kann:

Angehörige der Polizeitruppe,
Pflanzungsarbeiter des Gouvernements,
Gefangene,
Frohnarbeiter,
Freie Eingeborene,
Angehörige der Handels- und Pflanzungsstationen sowie der Schiffsbesatzungen von Firmen des Schutzgebietes.

Freie Eingeborene und Frohnarbeiter stellen nur einen geringen Prozentsatz, da der Melanesier nur ganz ausnahmsweise sich freiwillig zur Krankenbehandlung stellt. Seine Indolenz gegen seinen eigenen Körper, der gänzliche Mangel jedes Verständnisses vom Wesen und den Ursachen des Krankseins, seine Abneigung, sich für längeren Aufenthalt von seinen Angehörigen fort und an einen fremden Platz zu begeben, seine Unlust, auf seine törichten und schmierigen Kanacker-Manieren zu verzichten und sich gewissen systematischen Anordnungen und Verhaltungsmaßregeln zu fügen, — all dies verhindert ihn im Verein mit seinem überaus beschränkten Horizont sich eine freie Krankenbehandlung in geeigneten Fällen zunutze zu machen.

Die numerisch am stärksten hier vertretenen Gefangenen stellen auch den höchsten Anteil am Krankenbestand. Diese Gefangenen

rekrutieren sich nicht nur aus dem hiesigen Verwaltungsbezirk, sondern aus dem gesamten Schutzgebiet, so daß kaum ein Stamm wäre, welcher hier nicht gelegentlich vertreten ist. Das Material bietet auch insofern ein gewisses Sonderinteresse, weil in ihm nicht wie sonst bei Polizei und Arbeitern nur die jungen und kräftigen Leute, sondern — mit Ausnahme kleiner Kinder — alle Altersstufen und die jungen Leute ohne besondere Auswahl bezüglich ihrer Kraft und Gesundheit vertreten sind. Es kann daher auch nicht Wunder nehmen, daß unter diesen Leuten eine recht erhebliche Anzahl von Krüppeln sich befinden, die zu keinerlei Arbeit verwendbar, so ziemlich ihre ganze Gefangenenzeit im Krankenhaus verbringen.

Polizei und Arbeiter stammen nur zum kleinen Teil aus unserem Bezirk: meist gelangen sie auf dem Wege der Anwerbung von der Gazelle-Halbinsel oder den nördlichen Salomo-Inseln zu uns. Gegenüber den früher meist dreijährigen Kontrakten haben die zwei- und einjährigen die Oberhand bekommen, so daß es ein fortwährendes Kommen und Gehen ist. Berücksichtigt man nun, daß auch die Gefangenen ein äußerst fluktuierendes Material — von wenigen Wochen bis zu Monaten und Jahren — darstellen, so wird begreiflich, daß man bezüglich der Aufstellung statistischer Angaben in einiger Verlegenheit ist. Statistiken, aus denen man etwas herauslesen will, müssen doch immer in Korrelation zu irgendwelchen anderen festen Faktoren stehen; und diese festen Faktoren fehlen hier. Es wird in einem ersten ärztlichen Berichte auch genügen, ein allgemeines Bild der Gesundheitsverhältnisse zu geben; die Vergleichs- und Verwertungsmomente der durchgeführten Kontrollen werden sich mit der Zeit von selbst ergeben. Was demnach etwa von statistischen Momenten im folgenden erscheint, soll nur eine relative Bedeutung haben.

Unter Ausschluß der von anderen Pflanzungen und Firmen eingelieferten Kranken wurden im Berichtsjahre im Hospital behandelt 423 Kranke mit 11707 Krankentagen; hiervon starben 7 (und einer außerhalb ärztlicher Behandlung); es wurden entlassen 383 und als Rest verblieben 33. Als Bestand aus dem vorigen Jahre waren 34 übernommen, so daß die Zugänge 389 betrugen. Diese Zugänge sowie die Todesfälle und die Zahl der Krankentage verteilen sich auf die einzelnen Monate in folgender Weise:

	Zugänge	Tote	Krankentage
1904 April	47	.	1 152
„ Mai	58	(1)	1 352
„ Juni	22	2	1 015
„ Juli	25	.	1 031
„ August	29	.	848
„ September	33	.	791
„ Oktober	27	2	709
„ November	25	.	637
„ Dezember	16	1	755
1905 Januar	56	1	1 161
„ Februar	27	1	1 155
„ März	24	.	1 101
Summe	389	7 (+1)	11 707
+ Rest aus 1903/04	34	.	.
	423	.	.

Diese Übersicht insbesondere der Zugänge wird nach mehrjähriger Beobachtung einen gewissen Einblick in die Art der hiesigen Krankenbewegung gestatten. Von den Todesfällen fand einer außerhalb ärztlicher Behandlung statt.

Der betreffende Arbeiter hatte das Vieh zu hüten und war daher fast den ganzen Tag sich selbst überlassen, so daß es ihm gelang, sein Kranksein zu verheimlichen. Seine Schlafgenossen, welche zwar Kenntnis davon hatten, meldeten ihn ebenfalls nicht, so daß er schließlich tot aufgefunden wurde. Die Todesursache blieb unbekannt.

Von den übrigen 7 Toten entfallen 5 auf die Gefangenen und 2 auf die für wirtschaftliche Zwecke angeworbenen Arbeiter. Bezüglich der Stammeszugehörigkeit entfallen auf:

die nördlichen Salomo-Inseln	1
Beiningerland	1
Tamol-Neu Guinea	1
östliche Gazellen-Halbinsel	2
nördliches Neu Mecklenburg	2

Die Todesursachen waren:

Dysenterie	2
chronische Diarrhoe	1
Phthisis pulmonum	1
Pneumonie	1
Pleuritis exsudativa	1
Venerisches Granulom	1

Betrachten wir die einzelnen Krankheiten und Krankheitsgruppen, so ist unter den Infektionskrankheiten in erster Linie Malaria zu nennen. Im Berichtsjahre wurden daran behandelt 91 Schwarze mit 1321 Krankheitstagen. Jedoch muß gleich hinzugefügt werden, daß noch erheblich mehr Fälle von Malaria beobachtet wurden, da in obiger Zahl all diejenigen nicht eingeschlossen sind, welche zunächst wegen irgend einer anderen Erkrankung in das Hospital kamen und bei denen interkurrent Malaria-Attacken beobachtet wurden. Auf der anderen Seite wurden bei den wegen Malaria eingelieferten 91 Kranken öfters noch andere Erkrankungen wie Wunden und Krätze usw. festgestellt, welche wiederum einen längeren Aufenthalt dieser Kranken verursachten als die Heilung der Malaria allein erfordert hätte. Ähnliche Verhältnisse sprechen ja bei fast allen Krankheitsgruppen mit, so daß in Wirklichkeit von einer Exaktheit der Zahlen niemals die Rede sein kann. Entscheidend wird immer das Gesamtbild bleiben, das der Beobachter im Laufe der Zeit auch subjektiv gewinnt.

Im Beginn meiner hiesigen ärztlichen Tätigkeit — in der zweiten Hälfte 1903 und im ersten Viertel 1904 — waren die Malaria-Fälle unter den Schwarzen viel häufiger und schwerer als im Berichtsjahre, d. h. die Station war mangels geeigneter Bekämpfung stärker infiziert. So waren im ersten Viertel 1904 noch 59 Zugänge an Malaria gegenüber den 87 des gesamten Berichtsjahres vom 1. April 1904 bis 31. März 1905. Die starke Fluktuation des Stationspersonals, der lebhafte Wechsel unter den Gefangenen aus allen Gegenden und die großen Züge von Frohnarbeitern tragen immer von neuem Infektionsstoff herbei, so daß stete Aufmerksamkeit erforderlich ist und auf die dauernde verständige Mitarbeit der übrigen Europäer gerechnet werden muß.

Zur Beobachtung kam am häufigsten Tertiana, nächstdem Tropica und vereinzelt Quartana. Die regelmäßige Kontrolle der Milz ergab in einem außerordentlich hohen Prozentsatz chronischen Milztumor, wobei das Ergebnis nur immer dann als positiv angesehen wurde, wenn die Milz palpiert werden konnte. Erworbene völlige Immunität gegen Malaria ist jedenfalls außerordentlich selten.

Die Moskito-Plage, welche in den ersten Zeiten der Stationsanlage nicht unerheblich gewesen sein soll, ist gegenwärtig nicht groß. Das Freilegen der Station bezw. der Gebäude von höherem Baumwuchs und dichtem Gebüsch ist unzweifelhaft die Ursache

dieser Besserung gewesen. Eine weitere wichtige Besserung in dieser Richtung wird durch das Zuschütten des früher erwähnten Grundwassertümpels erzielt werden.

Nächst der Malaria wäre die Dysenterie zu erwähnen. Außer den acht Fällen, welche mit dieser Krankheit eingeliefert wurden, kamen noch eine Anzahl interkurrenter Fälle im Hospital selbst vor, insbesondere bei Individuen, welche durch andere Krankheiten heruntergekommen oder von Hause aus schwächlich waren. Bessere Hospitalverhältnisse, welche eine Isolierung der Dysenteriekranken gestatten, werden hier Wandel schaffen. Epidemischen Charakter nahm diese Krankheit weder auf der Station an, noch hörte ich davon aus den Eingeborenen-Dörfern der Umgegend. Vielmehr war sie ausgesprochen endemisch, indem nur wenige Erkrankungen zu gleicher Zeit statt hatten, aber andererseits die Pausen nur kurz waren, in denen gar kein Fall von Dysenterie im Hospital gelegen hätte.

Im April und Mai 1904 suchte uns die Influenza heim, begünstigt durch teilweise unfreundliches Wetter. Die Empfindlichkeit des Melanesiers gegen Regen und Wind ist ja oft genug hervorgehoben; er neigt dann rasch zu Erkältungskrankheiten. Daß im vorliegenden Fall es sich nicht nur um einfache Bronchitiden handelte, konnte schon aus der allgemeinen Verbreitung bei Schwarzen und Europäern, verbunden mit den charakteristischen Rücken- und Gliederschmerzen, dem mehrtätigen hohen Fieber und dem von einfacher Bronchitis abweichenden Gesamtverlauf gefolgert werden. Auch stand die Ausdehnung der Epidemie nicht im Verhältnis zur Witterung; denn der tatsächlich überaus unfreundliche Februar, in dem bei schwerstem Nordost unendliche Regenmassen Tag für Tag niedergingen, hatte nicht annähernd so viel Erkältungen gezeitigt, wie die Monate April und Mai, deren Witterung im Vergleich zum Februar hätte freundlich genannt werden müssen. Die 13 Fälle, welche mit obiger Krankheit eingetragen sind, stellen natürlich nur einen Bruchteil dieser Kranken dar. Rechnet man hierzu die Erkrankungen an Pleuritis und Pneumonie, ferner die interkurrenten Influenzafälle und die leichten Erkrankungen, welche nicht ins Hospital kamen, so würde sich eine ganz andere Ziffer ergeben. Für die Bedeutung der Erkältungen und der Influenza sprechen deutlich genug die 12 Vorkommnisse von Pneumonie und die 7 Fälle von Pleuritis.

Hieran würden sich naturgemäß die Erkrankungen an Gelenk- und Muskelrheumatismus reihen; namentlich ersterer kann recht schwer und hartnäckig auftreten, wie im Berichtsjahr speziell zwei Fälle wieder zeigten. Die registrierten 6 Erkrankungen umfassen nur diejenigen, bei denen an der Diagnose nicht zu zweifeln war. Bei einer Anzahl auf Rheumatismus dringend verdächtiger Erkrankungen, waren die objektiven Symptome nicht deutlich genug ausgeprägt, um jeden Zweifel auszuschließen; bei der Unbrauchbarkeit der Anamnese wird daher lieber auf eine positive Bezeichnung verzichtet.

Ein vereinzelter Fall von doppelseitiger Parotitis bot nichts besonderes. Dagegen war ein Fall von Septico-Pyämie mit dem seltenen Ausgang in Heilung nicht ohne Interesse. Es ist bemerkenswert, daß intravenöse Einspritzungen von Collargol (Argentum colloidale Credé) einen ganz eklatanten Erfolg hatten, da der Kranke frühzeitig in Behandlung kam und die Diagnose früh gestellt werden konnte. Immerhin konnte der Kranke erst nach fast 5 Monaten in seine Heimat entlassen werden.

Von Lungentuberkulose kamen vier ausgebildete Fälle zur Beobachtung, von denen einer nach wiederholter Haemoptoë starb. Die drei anderen wurden ausgeheilt in ihre Heimat entlassen. Daneben fanden sich Kranke, welche auf Tuberkulose der Lunge zum mindesten verdächtig waren, sei es durch lokale verdächtige Krankheitsherde auf den Lungen, sei es durch wiederholt rizidivierende Pleuritis. Doch gelang es bei Ruhe und guter Verpflegung diese Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen. Auch bei anderen Schwarzen außerhalb der Zugehörigkeit zur hiesigen Station kam Lungentuberkulose zur Beobachtung. Es ist dies bemerkenswert, weil die Wahrnehmungen früherer Jahre sowohl in Neu Guinea wie im Archipel eine sehr geringe Verbreitung der Tuberkulose im Schutzgebiet annehmen ließ.

Herzfehler sind — wie auch in früheren Jahren beobachtet wurde — verhältnismäßig häufig bei Melanesiern; in zwei der vier notierten Fälle bestand akut-entzündliche Endocarditis; in den beiden anderen Fällen war nur der Klappenfehler bei den Patienten wahrzunehmen.

Von den Erkrankungen des Verdauungstraktus sind häufige Entzündungen des Mundes speziell des Zahnfleisches zu erwähnen; dagegen sind leichte Darm- und Magenstörungen verhältnismäßig

selten Gegenstand ärztlicher Behandlung, zehn Fälle im Jahr mit insgesamt 55 Krankentagen ist eine geringe Zahl. Auffallend dagegen war im ersten Vierteljahr 1904 — also außerhalb des Berichtsjahres — eine große Anzahl von Erkrankungen an katarrhalischem Ikterus, von denen ein Nachzügler in dieses Berichtsjahr hineinreicht. Das Merkwürdige an dieser Erkrankung war das epidemische Auftreten; innerhalb weniger Wochen kam mindestens ein Dutzend Fälle zur Beobachtung, was auf eine noch weit größere Zahl leichter Erkrankungen schließen läßt; denn da die Erkrankung ausnahmslos ohne Fieber verlief, kamen nur Leute in Behandlung, welche schwerer unter der Vergiftung des Körpers mit Galle litten. In allen Fällen war der Stuhl angehalten und bei seinem Eintritt auffallend hell bis tongrau gefärbt. Störungen anderer Art wurden nicht beobachtet, und einfach ableitende Maßnahmen, verbunden mit Massage der Lebergegend, behob die Erkrankung in allen Fällen. Das Epidemieartige des Auftretens drängte ja zu der Annahme einer einheitlichen Ursache, wennschon die absolut fehlende Temperatursteigerung bakterielle Infektion unwahrscheinlich machte; gleichwohl konnte weder in der Nahrung noch in anderen Faktoren irgendein Anhaltspunkt zur Erklärung gefunden werden.

Die chirurgisch zu behandelnden Erkrankungen, ingesamt 122 mit mehr als 4800 Krankentagen, nehmen hier wie überall bei primitiven Volksstämmen den breitesten Raum ein.

Sehr schwere Verletzungen durch äußere Gewalteinwirkung kamen auf der Kaiserl. Station nicht vor; doch wurden einige Fälle von auswärts eingeliefert, darunter eine schwerste Zerschmetterung des Unterschenkels — Weichteile und Knochen —, schwer infiziert, gangränös und aashaft stinkend. Wider Erwarten wurde der Kranke durch einen radikalen Eingriff gerettet. Im übrigen zog das ganze Heer von Verbrennungen, infizierten Verletzungen, gangränösen Ulcera, Furunkeln, Abszessen, Phlegmonen, Erysipelen, Bubonen der Leisten- und Achselgegend in unabsehbarer Reihe auf.

Unter den Hautkrankheiten tritt am meisten bezw. am lästigsten die Krätze hervor und ist eine der häufigsten Ursachen für Furunkel, Phlegmonen, Sehnenscheidenentzündungen usw., zumal die Einlieferung dieser Leute fast ausnahmslos erst dann geschieht, wenn dieselben von der Affektion starren oder durch das fortwährende Kratzen

mit ihren unglaublich unsauberen Händen sich bereits eine der oben erwähnten sekundären Infektionen zugezogen haben. Auch der allgemein verbreitete Ringwurm ist, da er zum Kratzen reizt, nicht selten Ursache von Ekzemen und Furunkeln usw. Außerdem läßt sich nicht leugnen, daß die Leute, welche universell von Ringwurm befallen sind, fast ausnahmslos zur Kachexie neigen, wobei beides schließlich einen Circulus vitiosus bilden mag. Universellen oder auch nur sehr ausgedehnten und alten Ringwurm zu völliger Heilung zu bringen, ist jedenfalls ein schwieriges Problem; ich hatte auf diesen Punkt in dem letzten Jahre meine besondere Aufmerksamkeit gerichtet und andauernde Bekämpfungsversuche bei geeigneten Kranken gemacht; es wurden zwar sehr erhebliche Besserungen aber keine völlige Heilung schwerer Fälle erzielt. Wichtig ist gute Ernährung, häufige gründliche Abseifungen der Haut; von Medikamenten erwiesen sich als wirksam eigentlich nur Jodtinktur und Chrysarobin. Dauernde Besserung wird diese Volkskrankheit erst zeigen, wenn es gelingen sollte, ganz allgemein den Sinn für körperliche Reinlichkeit bei den Melanesiern zu heben, d. h. den Gebrauch der Seife einzubürgern, die tägliche Waschung zu etwas Selbstverständlichem zu machen und reinlichere Wohnungsverhältnisse zu schaffen. Für viele Gebiete, welche keine natürliche Versorgung mit frischem fließenden Wasser haben, würde die unerläßliche Vorbedingung die Anlage von Brunnen sein.

Die Frambösie, vermutlich von jeher heimisch — jedenfalls war sie es 1896 bereits in ziemlicher Ausdehnung — ist fast stets in ein oder mehreren Fällen im Hospital vertreten; fast stets sind es jüngere Individuen, welche von ihr befallen werden, und das Leiden ist auch gegenüber energischer chirurgischer Behandlung oft recht hartnäckig.

Auch venerisches Granulom kam bei einem Gefangenen aus Neu Guinea, einem sehr alten Manne, zur Beobachtung.

Es hatte seinen Sitz am Oberschenkel, nahm seine erste Entwicklung unter der Haut, durchbrach dieselbe und wucherte nun pilzförmig nach außen peripherwärts sowie auch in die Tiefe weiter; im Zentrum trat rasch Zerfall ein. Die Krankheit trotzte jeder Therapie und führte wie bei einer bösartigen Geschwulst durch Kachexie zum Tode. Ein anderer Fall bei einem jüngeren Weibe aus der hiesigen Gegend, das sich freiwillig der Behandlung stellte, blieb in seiner Diagnose zweifelhaft. Die Affektion haftete zum größten Teil an der einen, zu Faustgröße elephantiastisch verdickten kleinen Schamlippe; doch waren daneben

auch die großen Schamlippen und andere Teile der Vulva in geringerem Grade mit mehr flächenförmigen Wucherungen befallen. Radikale Entfernung des Hauptherdes und lange fortgesetzte energische chirurgische Behandlung der kleineren Herde brachten die nicht erhoffte Heilung. Zugleich erholte sich die anfangs schwer anämische und abgemagerte Patientin außerordentlich.

Immerhin kann in diesem Falle die Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen werden, daß es sich auch um eine schwere Äußerung von Lues gehandelt haben könnte. Letztere Erkrankung kam zwar in keinem zweifellos frischen Falle, aber in einer Anzahl von Späterscheinungen zur Beobachtung. Jedenfalls hat die Lues gegenüber früher etwas an Boden gewonnen. Auch Gonorrhoe herrscht seit langem im nördlichen Neu Mecklenburg. Die auf der Station zur Behandlung gelangenden Fälle sind fast alle von außen hereingeschleppt und werden meist gelegentlich bei Expeditionen erworben. Auch einzelne Frauen wurden infiziert. Sonst war der Gesundheitszustand unter den schwarzen Frauen der Station gut. Der Gynaekologie konnte zwar mangels geeigneter Räumlichkeiten nur eine beschränkte Aufmerksamkeit gewidmet werden. Es ist im Berichtsjahr ein Fall von Fluor albus und einer von Partus praematurus notiert. Retroflexio uteri wurde in einigen Fällen zufällig festgestellt, ohne daß die Betreffenden über Beschwerden geklagt hätten.

An chronischer Nephritis litt ein Gefangener aus den Beining-Bergen.

Er wurde mit großen Ödemen an den unteren Extremitäten eingeliefert, welche unter Ruhe und guter Ernährung bald verschwanden, ohne daß der Eiweißgehalt des Urins wesentlich abgenommen hätte. Abgesehen von einem urämischen Anfall, der auf ein prolongiertes warmes Bad hin nicht wiederkehrte, befindet sich der Mann seit vielen Monaten in einem recht guten Zustand; er wird natürlich der Arbeit fern gehalten.

Mit Ascites, unabhängig von einer Erkrankung der Nieren oder des Herzens, befinden sich seit längerer Zeit zwei Leute im Hospital. Zufällig sind beides Gefangene von derselben Inselgruppe, den französischen Inseln. Beide haben eine gewaltig geschwollene und harte Milz, jedoch ohne Symptome von Malaria; ebenso ist bei beiden die Leber vergrößert aber nicht verhärtet. Bei den günstigen äußeren Verhältnissen, welche den Kranken durch den Hospital-Aufenthalt geboten sind, hat sich der Zustand der Leute bisher nicht verschlechtert. Man wird also als Ursache der Bauchwassersucht irgend eine chronische Störung im Gebiete des Pfortaderkreislaufes annehmen müssen.

Von Augenerkrankungen kamen im Berichtsjahr auf der Station einige einfache Bindehautkatarrhe und einige Fälle von Chalazeon (Gerstenkorn) zur Beobachtung, außerdem bei einem Chinesen eine doppelseitige Keratitis parenchymatosa, augenscheinlich luetischen Ursprungs. Von außerhalb wurde eine schwere Augenverletzung durch Gewalteinwirkung eingeliefert; außer äußeren Läsionen der Lider und des Bulbus, welche gut verheilten, bestand eine Luxation der Linse. Sehr häufig wurden alte Hornhauttrübungen als Residuen abgelaufener Prozesse bei den Schwarzen wahrgenommen.

Von Erkrankungen des Ohres sind einige Mittelohrkatarrhe und eine Furunkulose des Gehörgangs zu nennen.

Echte Neuralgien sind mangels brauchbarer anamnestischer Angaben und mangels vernünftiger Auskunftserteilung bei einer diesbezüglichen Untersuchung nur schwer und mit Vorsicht zu diagnostizieren. Ein Fall von Druck-Neuralgie infolge Tragens schwerer Lasten auf der nackten Schulter konnte sichergestellt werden.

Nicht ohne Interesse war eine Nervenlähmung, welche in diesem Zusammenhang heute in Deutschland kaum noch zur Beobachtung kommen dürfte: der aus anderen Gründen ins Hospital gelieferte Gefangene, aus dem Hinterland der Blanche-Bai stammend, hatte vor Jahren einen Bruch des linken Schlüsselbeins mit starker Dislokation der Fragmente erlitten. Infolgedessen hatte das äußere Bruchende durch Druck auf den Plexus brachialis eine schwere Läsion dieses Nervenbündels herbeigeführt, so daß eine fast völlige Lähmung des betreffenden Armes und der Schulter eingetreten war und ebenso war die Muskulatur dieser Partien auf ein Minimum atrophiert.

Ein junger Arbeiter litt wiederholt an epileptischen Anfällen und wurde als untauglich zum Dienst in die Heimat entlassen.

Auch ein Fall von Vergiftung ist notiert, obwohl er eigentlich kein solcher war, ebensowenig wie ein zweiter unter dieser Angabe von außerhalb eingelieferter Fall und — um dies gleich hinzuzufügen — ebenso wie irgend einer der in früheren Jahren mir in Neu Guinea als Vergiftung zugegangenen Fälle. Stets war der Vorgang derselbe gewesen. Angeblich hatte die betreffende Person aus Furcht, Ärger oder Eifersucht einen Selbstmordversuch mit der als Fischgift bekannten Pflanze gemacht, indem sie dieselbe kaute und herunterschluckte. Nun gelang es mir niemals, Ver-

giftungserscheinungen festzustellen: weder Krämpfe, noch Lähmungen, weder Pupillenerscheinungen noch Erbrechen oder Durchfall stellten sich ein, Herztätigkeit und Puls waren stets normal. Wenn ich dann meine Zweifel äußerte, wollten die Betreffenden stets bereits das Gegengift genommen oder erhalten haben, — nämlich den Saft eines verfaulenden Bananenstauden-Stumpfes, der ein Brechmittel sein soll. Immerhin, da nie auch nur die geringsten Vergiftungs-Symptome auftraten, ist meine Überzeugung, daß es sich stets nur um Simulation, um Effekthascherei gehandelt hat. Ich habe mich daher auch neuerdings darauf beschränkt, festzustellen, daß der gesamte Organismus in Ordnung ist und auf jede Therapie mit bestem Erfolg verzichtet. Im übrigen sei bemerkt, daß Selbstmorde tatsächlich vorkommen und besonders gern durch Erhängen vollzogen werden.

Zum Schluß habe ich noch unter „Varia" eine Gruppe von Kranken zu nennen, welche an Ermüdung — meist alte Leute — oder Kopfschmerzen durch Arbeiten in der heißen Sonne litten. Letzteres ist durchaus nichts seltenes.

Jahres-Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Käwieng.

Jahr vom 1. April 1904 bis 31. März 1905.

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
1	Malaria	4	87	91	90	.	.	90	1	1321	.
2	Dysenterie	.	8	8	5	2	.	7	1	237	.
3	Gelenkrheumatismus	1	2	3	3	.	.	3	.	83	.
4	Muskelrheumatismus	.	3	3	3	.	.	3	.	12	.
5	Septico-Pyämie	.	1	1	1	.	.	1	.	139	.
6	Tuberkulose d. Lung.	.	4	4	.	1	3	4	.	192	.
7	Frambösie	3	3	6	6	.	.	6	.	154	.
8	Vergiftungen	.	1	1	1	.	.	1	.	1	.
9	Neuralgien	.	1	1	1	.	.	1	.	4	.
10	Epilepsie	.	1	1	.	.	1	1	.	3	.
11	Bronchialkatarrh und Influenza	1	13	.	14	.	.	14	.	153	.
12	Pleuritis	.	7	.	4	1	1	6	1	303	.
13	Pneumonie	5	12	17	15	1	.	16	1	380	.
14	Vitium cordis, Endocard.	.	4	4	.	.	4	4	.	169	.
15	Stomatitis Gingivitis	.	4	4	4	.	.	4	.	39	.
16	Parotitis	.	1	1	1	.	.	1	.	50	.
17	Icterus catarrh.	.	1	1	1	.	.	1	.	11	.
18	Chron. Darmkatarrh	.	1	1	.	.	.	.	1	58	.
19	Verdauungsstörungen	.	10	10	10	.	.	10	.	55	.
20	Ascites	.	2	2	.	.	.	.	2	243	.
21	Nephritis	.	1	1	.	.	.	.	1	208	.
22	Gonorrhoe	2	13	15	11	.	.	11	4	125	.
23	Lues	.	1	1	1	.	.	1	.	12	.
24	Augenerkrankungen	.	4	4	3	.	1	4	.	49	.
25	Ohrerkrankungen	1	2	3	3	.	.	3	.	42	.
26	Scabies	2	48	50	46	.	1	47	3	881	.
27	Allgem. Ringwurm	.	8	8	1	.	6	7	1	402	.
28	Ekcema	.	6	6	4	.	1	5	1	89	.
29	Ekcema bullosum	.	1	1	1	.	.	1	.	35	.
30	Wunden, Brüche, Kont. Verbrenn. usw.	4	11	15	14	.	.	14	1	218	.
31	Geschwüre, Abscesse, Zellgewebsentzünd. usw.	11	96	107	90	1	1	92	15	4596	.
32	Fluor albus	.	1	1	1	.	.	1	.	48	.
33	Partus prämaturus	.	1	1	1	.	.	1	.	7	.
34	Varia	.	30	30	29	1	.	30	.	262	.
	Summe	34	389	423	364	7	19	390	33	11707	.

VI. Karolinen-, Marianen- und Marshall-Inseln.

A. Westkarolinen.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Born.)

1. Erkrankungen des Nervensystems und der Bewegungsorgane.

Einen Fall von Jacksonscher Epilepsie sah ich bei einem etwa 18jährigen Chamorrojungen, der an der linken Schädelseite einen Defekt des Schädeldachs von Talergröße hatte und bei starkem Druck auf die Stelle epileptische Krämpfe bekam.

Bei einem älteren Amerikaner, der vor langer Zeit Lues gehabt hatte, begannen sich die ersten ausgesprochenen Symptome einer Tabes einzustellen, gastrische Krisen, Koordinationsstörungen. Nach einer solchen Krise trat eine leichte Apoplexie auf, die Sprachstörungen und Parese der rechten Extremitäten hinterließ. Der Kranke verließ Jap auf meinen Rat, um im kühleren Klima Nordamerikas günstigere Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung seines Leidens zu finden.

Einen anderen Fall von Tabes dorsalis im ataktischen Stadium beobachtete und behandelte ich bei einem älteren Japeingeborenen. Ob Lues vorhergegangen war, konnte nicht eruiert werden.

Ein junger Japmann wurde eines Abends am Hospitaltore bewußtlos aufgefunden und starb nach einigen Stunden, ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben. Der Eingeborene war ein sehr kräftiger Mann, der früher nie krank gewesen sein soll. Vermutlich hat es sich um eine Gehirnblutung gehandelt, die aber wegen der Sektionsverweigerung nicht sicher nachgewiesen werden konnte.

Von psychischen Erkrankungen sah ich einmal einen manischen Zustand erotischen Charakters bei einem jungen, etwa 20jährigen Japmädchen. Zwei Fälle von Dementia kamen zur Be-

obachtung, einmal bei einem etwa 40jährigen Japmanne, der seit frühester Jugend damit behaftet war, im zweiten Falle erworben nach einem Sturz von einer Kokospalme, zugleich verbunden mit Verlust der Sprache. Bei einem durchreisenden deutschen Platzaufseher beobachtete ich die Erscheinungen der progressiven Paralyse mit vorliegenden Größenideen.

Hysterische Krämpfe wurden bei einer jungen Japanerin behandelt, ferner bei einem jungen Halbblutmädchen, das ich früher ebenfalls wegen derartiger Krämpfe in Behandlung gehabt hatte, stenokardische Anfälle, die nach psychischen Erregungen auftraten. Ich glaubte ihre Ursache auch in der hysterischen Disposition der Patientin zu finden, da am Herzen außer einer geringen Vergrößerung keine krankhaften Erscheinungen zu konstatieren waren.

Von sonstigen nervösen Störungen, die vorkamen, erwähne ich noch einige Fälle von Neuralgien in verschiedenen Nervengebieten, sowie Migräne, die bei den Japfrauen wohl infolge der Feldarbeit unter der heißen Sonne häufig vorkommt.

Muskelrheumatismus kam recht häufig, ausschließlich bei Japeingeborenen zur Behandlung, Gelenkrheumatismus in 8 Fällen. Erwähnenswert war ein Fall von schwerem akuten Gelenkrheumatismus bei einem etwa 40jährigen Japmanne, den ich in üblicher Weise mit Natr. salicyl. resp. Aspirin behandelte. Erscheinungen von seiten des Herzens traten nicht auf, doch machten die überaus heftigen Schmerzen öfter Linderung durch Morphin subkutan nötig.

2. Erkrankungen der Augen und Ohren.

Bei 4 Knaben wurde follikuläre Bindehautentzündung mit geringen subjektiven wie objektiven Erscheinungen behandelt, akute katarrhalische Conjunctivitis mit Blepharitis bei einer jungen deutschen Frau, sowie bei einem Japeingeborenen, eine Phlyktäne bei einem Chamorrokinde.

Bei einem an tertiär-syphilitschen Armgeschwüren leidenden Mädchen war eine parenchymatöse Trübung der ganzen linken Hornhaut vorhanden, die das Sehvermögen stark beeinträchtigte und das Auge in divergierende Schielstellung gebracht hatte. Zahlreiche Uliera cornea kamen bei einer jungen Japfrau zur Behandlung; die Erkrankung war nur auf das rechte Auge beschränkt und das Sehvermögen sehr herabgesetzt. Die Behandlung bestand in Atropineinträufelungen und feuchtheißen Borumschlägen. Das Resultat war auch ein günstiges, indem sich die Narben gut auf-

hellten. Intensive parenchymatöse Trübungen bestanden bei einem etwa 30jährigen Palaumanne in der linken Hornhaut, die indessen das Pupillargebiet frei gelassen hatten. Bei einem etwa 7jährigen Japknaben mit skrophulösem Habitus wurde eine Phlyktäne des linken Auges, verbunden mit pustulöser Blepharitis und linksseitiger, nicht fötider Rhinitis, behandelt.

Ein Beamter aus Ponapé kam mit einer nahezu abgelaufenen Iridocyclitis rheumatica in Behandlung, die er sich wohl durch Erkältung zugezogen hatte. Es war eine teilweise Verlötung der hinteren Irisfläche mit der Vorderfläche der Linsenkapsel eingetreten. Nachdem dieselbe durch Atropin gesprengt war, blieben vereinzelte Reste von Irisgewebe auf der Linsenkapsel zurück, die indessen subjektiv nicht als Skotome erkannt wurden. Die inneren Augenhäute waren gesund, doch zeigte der Glaskörper leichte Opazitäten. Die Sehschärfe betrug bei Eintritt in die Behandlung $^5/_{15}$ und war bei der Entlassung des Kranken wieder $^5/_5$. Nach der Anamnese hatte es sich wohl um eine von der Nase ausgehende Erkrankung gehandelt, die zu einer Entzündung der rechten Highmorshöhle, der rechten Tube und zu der Iridocyclitis geführt hatte.

Von Erkrankungen des Augeninnern kamen vor bei einem an Beri-Beri leidenden Palaumanne plötzlich auf beiden Augen eintretende Netzhautblutungen, die das Sehvermögen auf Finger 2 m vor dem Auge reduzierten.

Ferner traten bei einem Malaien von schwächlicher Konstitution eigenartige Anfälle von Urindrang mit nachfolgender Amaurose auf, die aber rasch vorübergingen, ohne irgend welche Störungen zu hinterlassen. Der Urin war frei von Eiweiß, der Augenhintergrund normal.

Bei einer älteren Japfrau sah ich eine abgelaufene Erkrankung des rechten Auges, die dessen Sehkraft völlig vernichtet hatte. Die Hornhaut war klar, doch waren die Medien nicht zu durchleuchten. Bei fokaler Beleuchtung sah man die Regenbogenhaut bucklig vorgewölbt und die vordere Linsenkapsel mit einer dunkelgrauen Schwarte bedeckt. Auf starke Atropineinträufelungen war nirgends eine Erweiterung der Pupille zu bemerken. Da kein Lichtschein mehr wahrgenommen wurde, so war ein Eingriff von vornherein auch bei dem langjährigen Bestande des Leidens ausgeschlossen. Es handelte sich wohl um eine abgelaufene Iridocyclitis und Chorioiditis mit seclusio und occlusio pupillae.

Von äußern Ohrenkrankheiten kam diffuse Otitis externa beiderseitig bei zwei Palauleuten und einer Japfrau, einseitig, und zwar links bei einem Maschinisten S. M. S. „Condor“ vor, circumscripte Otitis externa in zwei Fällen.

Von inneren Ohrenkrankheiten wurden behandelt einseitige Otitis media mit Perforation bei zwei Chamorrokindern, beiderseitige, ebenfalls mit Perforation, akut bei zwei Sonscrolleuten, beiderseitige Otitis media chronica mit fast völligem Defekt beider Trommelfelle bei einem jungen Japmädchen, bei stark herabgesetztem Hörvermögen.

Bemerkenswert von diesen Krankheitsfällen waren zwei, die im Anschluß an Schnupfenfieber unter hohem Fieber verliefen. Beide waren schon zur Perforation gekommen, als ich sie zu Gesicht bekam. In einem Falle, bei einem jungen Sonscrolmanne, traten unter Anstieg des Fiebers auf 40° meningitische Erscheinungen auf, Benommenheit, torkelnder Gang, starke Kopfschmerzen und Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes. Doch nahm die Erkrankung trotz der schweren Symptome einen günstigen Verlauf, und es trat völlige Heilung mit gutem Hörvermögen ein. Bemerken möchte ich hierbei, daß die große Schnupfenfieberepidemie im November 1904 einen geradezu perniziösen Charakter trug und neben anderen schweren Komplikationen, namentlich im Beginn der Erkrankung, die sich als katarrhalische Rhinitis dokumentierte, auffallend häufig die Neigung zeigte, durch die Tube hindurch das Mittelohr zu affizieren.

Sclerose beider Trommelfelle mit starker Schwerhörigkeit sah ich bei einer jungen Japfrau, die außerdem an einer Rhinitis hypertrophicans litt und zahlreiche Narben am harten Gaumen, fehlendes Zäpfchen und harte, mäßig große Lymphdrüsen am Halse aufwies. Vom rechten Nasenbein ausgehend, bestand noch eine fistulöse Eiterung, die nach Spaltung und Auskratzung der Fisteln sistierte. Ebenfalls eine Sclerose beider Trommelfelle wurde bei einem älteren Japmanne beobachtet.

3. Erkrankungen der Atmungsorgane und des Herzens.

In diesem Abschnitt führe ich auch diejenigen Erkrankungen der Nase und des Rachens an, die frambösischer bzw. spätluetischer Natur waren und die einzigen Manifestationen dieser Krankheiten in den betreffenden Fällen bildeten. Dieselben kamen ausschließ-

lich bei Japeingeborenen meist jüngeren Alters vor. So sah ich bei einem Kinde ausgedehnte Narben am Gaumen und der hinteren Rachenwand bei fehlendem Zäpfchen und frischen Geschwüren in der Nasenschleimhaut; bei einem etwa 13 jährigen Mädchen bestanden am harten Gaumen und der hinteren Rachenwand, bei ebenfalls fehlendem Zäpfchen, ausgedehnte Ulzerationen und mächtige, harte, submentale Drüsenpakete. In letzterem Falle trat überraschend schnell nach einer Schmierkur und darauffolgender Jodkalidarreichung (0,5 täglich) vollständige Heilung ein, ohne irgendwelche örtliche Behandlung.

Bei einem etwa 25 jährigen Japmädchen, der Tochter eines hohen Häuptlings, beobachtete ich eine geschwürige Erkrankung der Nase, die zu einer Zerstörung des Nasenseptums in seinem vorderen Teil geführt hatte. Die Nasenspitze war infolgedessen auf die Oberlippe gesunken und die Nase hatte ein plattgedrücktes Aussehen erhalten. Ein rüsselartiger Granulationstumor von Bohnengröße hing über die stark infiltrierte Oberlippe herab. Gaumen und Rachenwand zeigten Narben und kleine Geschwüre, das Zäpfchen fehlte. Eine Schmierkur mit Jodkalidarreichung brachte den Prozeß zum Stillstand und den Tumor zum Verschwinden. Auch das kosmetische Resultat war zufriedenstellend, wenngleich die Nase auch etwas platt blieb.

Bei einem anderen, etwa 20 jährigen Japmädchen, das ich wegen einer luetischen Zerstörung des knöchernen Nasengerüstes in Behandlung hatte, trat plötzlich eine rechtsseitige Hemiplegie auf, die aber nach 3 Wochen unter der üblichen Behandlung verschwand, ohne die geringsten Spuren zu hinterlassen.

Noch eine spätluetische Erkrankung der Nasenschleimhaut bei Sattelnase und fehlendem Zäpfchen wurde bei einem jungen Japmanne behandelt.

Frambösische Eruptionen kamen in 10 Fällen zur Behandlung. Sie saßen auf der Nasenschleimhaut nahe am Eingange.

Bei einem jungen Halbblutmädchen sah ich eine chronisch katarrhalische Hypertrophie der mittleren Muschel in beiden Nasenhöhlen. Eine katarrhalische Angina kam zur Behandlung bei einem Palaumanne. Bronchitis und Asthma bronchiale, letzteres ausschließlich bei älteren Japeingeborenen, kam sehr häufig vor.

Ein Sonscrolmann, der eine Influenzaepidemie anscheinend völlig überstanden hatte, erlag infolge unvernünftiger Lebensweise wahrscheinlich einer rezidivierenden Pleuritis. Die Diagnose

konnte nicht mit Sicherheit gestellt werden, da der Kranke sterbend ins Hospital gebracht wurde und eine Sektion nach den Umständen nicht angängig war.

Als Komplikation des Schnupfenfiebers kam in 4 Fällen Pneumonie zur Behandlung. Alle 4 Fälle nahmen einen günstigen Verlauf. Auffallend häufig trat diesmal, namentlich bei älteren Japleuten, die komplizierende Pneumonie bei der Influenza hinzu und hat in zahlreichen Fällen, meiner Schätzung nach in 40, den Tod herbeigeführt. Die Pneumonie muß nach meinen Erfahrungen überhaupt als eine Haupttodesursache der älteren Japleute gelten, die ihr meist nach einer Influenzaepidemie erliegen. Diese Fälle kommen nur ganz vereinzelt zur Beobachtung, da, wie ich schon in einem früheren Berichte hervorhob, religiöse Momente hier ins Spiel kommen, und die Japleute bei derartigen Erkrankungen kein Vertrauen in die Kunst des weißen Arztes setzen.

Ein Fall von Mitralinsuffizienz kam bei einem älteren Japmanne zur Behandlung, die wahrscheinlich nach einem Gelenkrheumatismus entstanden war. Der Fehler war noch völlig kompensiert und verursachte nur geringe Beschwerden. Bei der Häufigkeit des Gelenkrheumatismus in der akuten, wie der chronischen Form, die ihrerseits wieder durch die zu Erkältungen prädisponierende Lebensweise bedingt ist, darf es nicht wundernehmen, daß auch Herzfehler sehr häufig sind. Sie bilden wohl die Hauptursache der plötzlichen, den Eingeborenen rätselhaft erscheinenden Todesfälle, mitten aus scheinbar völliger Gesundheit heraus.

4. Erkrankungen der Unterleibsorgane.

Störungen der Verdauungstätigkeit von rasch vorübergehenden Indigestionen an bis zu fieberhaften Magendarmkatarrhen wurden in großer Anzahl behandelt. Erwähnenswert wäre ein Fall einer heftigen Kardialgie nach Trepanggenuß sowie ein ebensolcher nach dem Genuß von „Pea-nuts", bei dem eine heftige Verstopfung nebenbei bestand.

Interesse bot ein Fall von Tumor des linken Leberlappens bei einem etwa 18 jährigen Japjüngling. Es bestand ein starker Ascites und Ikterus. Der Urin enthielt geringe Mengen Eiweiß und Gallenfarbstoff. Da der Kranke gleichzeitig an Alopecia areata litt und sein Vater schon seit einiger Zeit wegen luetischer Hautgeschwüre am ganzen Körper in meiner Behandlung war, die überraschend schnell auf Jodkali und Hg. abgeheilt waren, so schien

mir die Diagnose eines Lebersyphiloms nicht von der Hand zu weisen und ich versuchte eine Jodkalikur, die aber keinen Erfolg hatte. Der Kranke kam ziemlich rasch ad exitum.

Unter mehreren Fällen von Brechdurchfall waren erwähnenswert einige, die die Angestellten der Bauleitung für die Kabelstation betrafen (seit dem 19. Dezember 1904 in Jap). Beschäftigt wurden anfangs 5 Europäer und einige Chinesen. Von den Europäern war einer ein in Jap seit langem ansässiger Händler, die anderen waren sämtlich zum ersten Male in den Tropen. Alle diese Herren erkrankten nun nach kurzem Aufenthalt in Jap an Brechdurchfall, der oft unter recht stürmischen Erscheinungen auftrat. Ich schrieb diese immerhin auffallende Erscheinung dem Genuß abgestandenen, nicht filtrierten Regenwassers zu, das die unter der ungewohnten Tropensonne im Freien körperlich arbeitenden Europäer in großen Mengen zu sich nahmen. Nachdem auf meinen Rat ein Filter angeschafft worden war und kein ungekochtes Wasser mehr getrunken wurde, zeigten sich keine neuen Erkrankungen mehr.

Ein Fall von hypertrophischer Lebercirrhose wurde bei einem älteren Japmanne behandelt, der früher stark dem Potus gehuldigt hatte.

Ein Angehöriger S. M. S. „Condor“ kam nach Jap mit einem subakuten Katarrh des Duodenums und der Gallengänge mit starkem Ikterus, der den Kranken in kurzer Zeit ganz erheblich in seinem Ernährungszustande heruntergebracht hatte. Nebenbei bestand eine beträchtliche psychische Depression. Auffallend rasch trat Besserung ein, sowie der Kranke ausgeschifft und in Landpflege untergebracht worden war. Die Behandlung bestand in einer Karlsbader Kur mit der üblichen Diät, die den Erfolg hatte, daß der Patient bei Abfahrt des Schiffes fast völlig hergestellt seinen Dienst wieder übernehmen konnte.

Ein Fall von chronischer Dysenterie und Soor der Mundhöhle wie der Speiseröhre bei einer älteren Sonscrolfrau endete tödlich. Die Diagnose konnte durch die Sektion bestätigt werden.

Mehrere Fälle von postgonorrhoischem chronischem Blasenkatarrh kamen zur Behandlung, bei der sich das Urotropin sehr gut bewährte.

Bei 4 jungen, eingeborenen Mädchen in den Entwicklungsjahren traten Menstruationsbeschwerden auf, bei deren Behandlung ich mich auf hygienisch-diätetische Ratschläge beschränkte.

Eine Vaginitis nicht gonorrhoischen Ursprungs behandelte ich noch bei einem Japmädchen und eine geringe Störung des Wochenbettverlaufes bei einer jungen Japfrau.

5. Infektions- bzw. Geschlechtskrankheiten.

Außer einer leicht und ohne Komplikationen verlaufenden Schnupfenfieberepidemie traten im Juni 1904 zahlreiche Erkrankungen an Brechdurchfall auf, die unter leichtem Fieber in 2 bis 3 Tagen in Genesung übergingen. Mir ist nur im Beginne der Epidemie ein Todesfall bei einem kleinen Chamorromädchen bekannt geworden, in dem leider der Vater versäumte, ärztliche Hilfe zu holen. Eine Sektion war nicht zu erlangen. Die Erkrankungen traten gleichmäßig zahlreich bei Weißen wie Eingeborenen aller Rassen auf. Der Beginn der Epidemie fiel in die Ananas- und Arefasreife und wurde der Genuß dieser Früchte im Übermaß von den Eingeborenen als Ursache der Erkrankungen angesehen.

Vom Regierungsdampfer „Seestern" wurden bei seiner Rückkehr von Hongkong 4 Neu-Guineaeingeborene in das Hospital ausgeschifft, die in Hongkong an Beri-Beri erkrankt waren. Einer der Kranken starb im Augenblick seiner Einlieferung, die anderen konnten in genesendem Zustand bei der Abfahrt des Dampfers wieder an Bord gebracht werden. Die Erkrankungen waren in Hongkong als Gelenkrheumatismus angesprochen und behandelt worden, doch machten mir die Symptome der Krankheit hier, wie der Sektionsbefund die Diagnose „Beri-Beri" unzweifelhaft.

Von Dysenterie kamen 2 akute Fälle zur Behandlung sowie ein chronisch gewordener Fall bei einem Beamten des Bezirksamtes Saipan, der sich auf der Insel Rosa durch den Genuß von rohem Salat infiziert haben wollte. Da die Erkrankung den Patienten sehr heruntergebracht hatte, so schickte ich ihn zur völligen Wiederherstellung und Erholung auf eine Reise nach Japan.

Von Lungentuberkulose kamen 6 neue Fälle zur Behandlung, ebenso einige von Drüsentuberkulose bei Japeingeborenen beiderlei Geschlechts. Befallen waren meist die Hals- und Achseldrüsen.

In Anschluß an eine manuelle Plazentarlösung bei einer Japfrau wegen adhärenter Plazenta trat am zweiten Tage nach der Entbindung eine Pyämie schwerster Natur auf, die anfangs durch intravenöse Collargolinjektionen günstig beeinflußt zu werden schien, dann aber sich in einem linksseitigen Lungeninfarkt lokali-

sierte, der am 35. Tage des Wochenbettes durch diffuse Pleuritis zum Tode führte.

Von großer Wichtigkeit war ein Erlaß des Gouvernements in Herbertshöhe, demzufolge von jetzt ab monatlich die sämtlichen farbigen Angestellten des Bezirksamtes auf ansteckende Geschlechtskrankheiten hin untersucht werden sollen. Bisher wurden bei den Untersuchungen nur zahlreiche Fälle von Balanitis gefunden, deren Ursache in mangelnder Reinlichkeit zu suchen war, sowie einige Fälle von mehr oder weniger hochgradiger Phimose. Bei einem Japsoldaten fand ich die Vorhautmündung bis auf ein stecknadelkopfgroßes Löchlein verwachsen, wie der Betreffende angab, als Folge frambösischer Geschwüre in frühester Jugend. Ethnopsychologisch interessant war mir die flehentliche Bitte dieses Mannes, seinen Zustand doch ganz geheim zu halten, da er sich andernfalls „zu Tode schämen" müßte. Er kam dann bei Nacht in mein Haus und bat mich, eine eventuelle Operation nur in meinem Arbeitszimmer bei Ausschluß jeder dritten Person vornehmen zu wollen!

Von Geschlechtskrankheiten kamen zur Behandlung 9 Fälle von Gonorrhoe, 2 Fälle von weichem Schanker, 1 Fall von gonorrhoeischer Nebenhodenentzündung, 1 Fall von Bubonengeschwür der Leistengegend bei einem älteren Japmanne. Erwähnenswert war ein Fall einer subakuten Gonorrhoe mit schankerartigen Geschwüren bei einem jungen Japmanne, die zu einer narbigen Phimose geführt hatten. Bei der Operation, die in der Dorsalinzision bestand, zeigte sich das innere Blatt der Vorhaut wie die Eichel mit unzähligen flachen Geschwüren besetzt. Die Heilung erfolgte rasch unter Jodoformbepuderung, worauf noch eine Schmierkur eingeleitet wurde.

6. Chirurgische Erkrankungen.

Aus der Zahl der vielen Verletzungen, die zur Behandlung kamen, möchte ich einige hervorheben, so eine Oberlippenverletzung bei einem jungen Japmann, die durch ein mit großer Gewalt gegenprallendes Holzstück entstanden war. Die Oberlippe war in ihrer ganzen Dicke glatt durchgeplatzt. Mitten durch die klaffende Wunde zog, stark pulsierend als schwarzer Strang, die unverletzte Arteria coronar. lab. sup. Die Wunde wurde durch die Naht geschlossen und heilte per primam.

Interessant war eine Verletzung des Skrotums bei einem Japknaben durch einen Schweinebiß. Der Hoden war vor den Zähnen nach oben ausgewichen und unverletzt geblieben.

Eine Chamorrofrau zog sich durch einen Fall eine Luxation des rechten Schultergelenkes zu, wobei der Humerus nach vorn zu liegen kam. Die Reposition gelang leicht in Narkose. Das Resultat war restitutio in integrum.

Erwähnt sei noch ein Fischbiß, den ein Japmann beim Fischen an der Hand davongetragen hatte. Die Wunde war nicht tief, es trat aber eine weiße Verfärbung der Finger und Schwellung der Hand ein. Die Wunde heilte rasch unter heißen Seifenbädern und feuchten Verbänden mit essigsaurer Tonerde. Es hatte sich um den Biß des Seeaals, des „loss", gehandelt, der nur von der untersten Volksklasse, den „pimlingei", mittels eines sinnreichen Schlingenapparates gefangen und gegessen wird.

Auch chirurgische Erkrankungen, wie Phlegmonen, Panaritien, Abszesse, Tumoren usw., wurden zahlreich behandelt. Auch hier seien nur einige besondere Fälle hervorgehoben.

So trat bei einer älteren Japfrau eine geschwürige Erkrankung des linken Armes auf, die die Amputation des Oberarmes im mittleren Drittel nötig machte. Operation wie Heilung verlief ohne Störung. Bei einem jungen Japmann traten am rechten Unterschenkel zahlreiche Knoten im subkutanen Zellgewebe auf, die allmählich erweichten und dann durch eine feine Fistel zähen Eiter entleerten. Durch Spaltung sämtlicher Fisteln und Ausräumen des erweichten Gewebes mit dem scharfen Löffel gelang es, vollkommene Heilung zu erzielen. Bei einer älteren Japfrau behandelte ich eine Erkrankung der Mittelfußknochen des linken Fußes, bei der es sich wohl um eine vom Periost ausgehende Krankheit handelte; 2 Fisteln am Fußrücken und an der Innenseite des Fußes entleerten wenig zähen Eiter. Ich legte den Krankheitsherd vom Dorsum des Fußes frei und räumte die Granulationen fort. Die seitliche Fistel bestand indes weiter, während die Operationswunde vernarbte. Eine Schmierkur mit Jodkalidarreichung hatte keinen sichtbaren Einfluß auf die Erkrankung.

Bei einem jungen Japmann sah ich einen harten, apfelgroßen Drüsentumor an der linken Halsseite, der die Trachea und den Larynx derartig komprimiert hatte, daß Stenosenerscheinungen und völlige Stimmlosigkeit auftraten. Der Tumor verschwand nach

einer antiluetischen Kur vollkommen, doch blieb die Stimmlosigkeit wie das pfeifende Atemgeräusch zurück.

Bei einer Japfrau beobachtete ich multiple Fibrome, bei einer anderen Fibro-Adenome in beiden Brüsten. Tumoren sieht man häufig bei den Japeingeborenen, an allen möglichen Körperstellen, Lipome, Fibrome, Chondrome, Atherome. Dagegen sind maligne Tumoren ganz selten. Ich habe bisher hier überhaupt nur einen sicheren Fall von Karzinom der linken Wange gesehen. Wenn das Karzinom nun eine konstitutionelle Krankheit wäre und nicht durch äußere Ursachen parasitärer Natur in den Körper hineingelangte, so wäre doch gar nicht einzusehen, warum bei einer sonst so von Krankheiten heimgesuchten Bevölkerung, die anscheinend wenig widerstandsfähig ist, nur die gutartigen, nie aber die bösartigen Geschwülste auftreten.

Bei einer Japfrau, deren linker Unterschenkel und Fuß von Geschwüren zerstört waren, führte ich die Amputation des linken Unterschenkels aus. Der Verlauf war glatt.

Bei einem Chinesen sah ich einen kolossalen Mastdarmvorfall, der ziemlich schwer zur Reposition zu bringen war.

Bei zwei Japleuten, einem jungen und einem älteren, beobachtete ich Chondrofibrome, die im ersten Falle an der Hüfte, im anderen am linken Knie saßen. Die Exstirpation gelang in beiden Fällen leicht. Doch trat bei dem jüngeren Japmanne während der Chloroformnarkose ein Kollaps ein mit Herzstillstand, der aber nach kräftiger Herzmassage wieder vorüberging.

Bei einem Japknaben sah ich eine hochgradige Verdickung und Auftreibung der rechten Tibia mit heftigen periostitischen Schmerzanfällen. Die Erkrankung war wohl auf eine hereditäre Lues zurückzuführen und hörten die Schmerzen nach einer dementsprechenden Behandlung auch auf, während die Difformität der Tibia bestehen blieb.

Eine ältere Japfrau kam mit einem gangräneszierenden Geschwür am linken Unterschenkel in Behandlung, das mit rapider Schnelligkeit um sich griff. Jede Therapie, auch die Umschneidung des Geschwürs tief im Gesunden, blieb erfolglos. Leider erlangte ich die Einwilligung zur Amputation zu spät, als schon allgemeine Sepsis mit hohem Fieber und Herzschwäche eingetreten war. Wenige Tropfen Chloroform genügten, um die Kranke in eine Lethargie zu bringen, die die rasche, hohe Amputation des Oberschenkels gestattete. Nach der Operation erholte sich die Patientin, der

Puls wurde kräftig und das Sensorium frei. Doch 20 Stunden nach der Operation trat ein neuer Kollaps ein, dem die Patientin erlag. Es war der erste Fall dieser Art, den ich bisher beobachtet hatte.

Eine eigenartige Selbstexartikulation beider Füße im Sprunggelenk durch senile Gangrän sah ich bei einer alten Japfrau. An den freien Gelenkenden der Unterschenkelknochen bildeten sich Granulationen, die sich am linken Unterschenkel rasch in eine feste Narbe umwandelten. Die Japleute nennen einen derartigen Vorgang: ñgaz-ap-ě-malas (abschneiden-durch-das-Geschwür).

7. Hautkrankheiten.

Die Zahl der zur Behandlung kommenden Geschwürkranken war wieder eine sehr große und nahm die Versorgung derselben den größten Teil der täglichen Arbeitszeit ein. Wenn ich wiederum die Haupteinteilung in drei Gruppen, in einfache, aus infizierten Wunden hervorgegangene, in frambösische und luetische Geschwüre beibehalte, so wäre von den einfachen Geschwüren nur zu erwähnen, daß sie fast ausschließlich an den unteren Extremitäten saßen.

Die luetischen Geschwüre saßen ebenfalls zumeist an den Unterschenkeln, in selteneren Fällen auch an den Armen und im Gesicht. In einem Falle war bei einer jungen Japfrau das Innere der rechten Ohrmuschel, die rechte Wange und die rechte Brust betroffen, an der um die Mamilla herum ausgedehnte Ulzerationen saßen, die sehr rasch auf Jodkalidarreichung abheilten. In einem anderen Falle war das ganze Gesicht von einer großen Zahl tiefer Geschwüre eingenommen, die trotz einer Schmierkur immer weiter fortschritten. Jodkali war, als die Kranke aufgenommen wurde, gerade ausgegangen. Die Geschwüre drohten bereits in den Mund zu perforieren und brachten die Kranke durch starke Schmerzen und den üblen Geruch sehr herunter. Als dann das Jodkali wieder eintraf, war sein Erfolg ein geradezu glänzender. In wenigen Wochen waren die ganzen ausgedehnten Ulzerationen vernarbt und schmerzlos. Die schnellste Wirkung des Jodkali sah ich immer bei den hier sehr häufigen periostitischen Erkrankungen der Tibia.

Bei einer alten Japfrau hatte die Lues schwere Zerstörungen im Gesichte angerichtet. Von der Nase war nichts zu bemerken; an ihrer einstigen Stelle saßen große Geschwüre, und nur eine enge spaltförmige Fistel vertrat die Nasenöffnung. Das Gesicht war im übrigen mit zahlreichen Geschwüren bedeckt, die Mundöffnung durch Narbenzug auf ein

Loch von Bleistiftdurchmesser zusammengeschrumpft. Die Kranke kam in einem höchst elenden Zustande in Behandlung, völlig abgemagert durch die ungenügende Nahrungsaufnahme, die dadurch noch schwieriger wurde, daß hinter der Mundöffnung ein Zahn den Zugang versperrte. Die Kranke hatte lange Zeit nur noch von in Stäbchenform gedrehten „Dall"-stückchen (Kartoffelart) gelebt. Zudem litt sie schwer unter der ungenügenden Luftzufuhr. Ich ernährte die Kranke zunächst einige Wochen ausschließlich durch Milch, die ich sie mit Hilfe eines Bambusröhrchens in großen Mengen saugen ließ, wodurch sie sehr rasch sich kräftigte. Unter einer vorsichtigen Schmierkur mit Jodkalidarreichung kamen alsdann bei indifferenter Lokalbehandlung in kurzer Zeit fast sämtliche Geschwüre zur Abheilung. Zwei resistierende Geschwüre wurden ausgekratzt und mit argent. nitr. geätzt, worauf auch sie rasch vernarbten. Als die Patientin mir kräftig genug erschien, nahm ich die Bildung einer künstlichen Mundöffnung mit Bildung eines Schleimhautsaumes vor, eine Operation, die die Kranke ohne Narkose vorzüglich aushielt. Dabei mußten noch einige ganz unförmig große Schneidezähne entfernt werden. Der Erfolg der Operation war, wenn auch kosmetisch nicht hervorragend, so doch praktisch hinlänglich genügend.

Ausgedehnte luetische Ulzerationen am Mittelfinger der linken Hand bei einem jungen Japmädchen machten die Exartikulation des Gliedes in Narkose nötig, wobei zugleich ein großes Geschwür am rechten Fuß ausgekratzt wurde.

Die frambösischen Geschwüre saßen an allen möglichen Körperstellen. Sehr zahlreich waren die Fälle, in denen die Erkrankung die Schleimhaut der Lippen und des Mundes ergriffen hatte.

Bei einem Knaben war es im Gefolge eines frambösischen Geschwüres am linken Unterschenkel zu einer Vereiterung eines Drüsenpaketes in der Kniekehle gekommen, das inzidiert werden mußte. Ein Fall von Frambösie war in mehrfacher Hinsicht interessant. Es handelte sich um eine junge Japfrau, deren an Frambösie erkranktes Kind ich in Behandlung gehabt hatte. Sie selbst hatte bisher die Krankheit noch nicht durchgemacht. Die Frau hatte nun im Hospital ihr Kind täglich in heißem Seifenwasser gebadet und an der Stelle des linken Unterarmes, der fortdauernd mit dem Seifenschaume an der Oberfläche des Badewassers in Berührung gekommen war, bildete sich ein frambösischer Primäraffekt. Ich wollte nun versuchen, durch Exstirpation der Papel die Allgemeinerkrankung zu verhindern, doch mißlang dieser Versuch. In den Rändern der Hände bildeten sich neue Papeln und bald war der ganze Körper mit unzähligen, zum Teil sehr großen Eruptionen bedeckt. Die ganze Krankheit zeigte ein viel schwereres Bild als die des Kindes seinerzeit und war vor allem viel ausgedehnter. Jetzt ist die Krankheit indes nahezu abgelaufen. Die Behandlung bestand in heißen Seifenbädern und innerer Darreichung von Jodkali in mittleren Dosen. Ein anderer Fall von Frambösie, ebenfalls bei einer jungen Japfrau, war dadurch interessant, daß nach Ablauf der Erkrankung ungefähr 6 Papeln an verschiedenen Körperstellen zu-

rückblieben, die lange stationär blieben. Sie wurden schließlich durch blutige Abtragung beseitigt, ohne Rezidive zu machen. Nur eine Papel am linken Nasenflügel breitete sich in die Nasenhöhle hinein aus, ergriff das Septum und auch die rechte Nasenseite. Ich konnte hier eine Affektion in ihrem Verlaufe beobachten, deren traurigen Endeffekt, Zerstörung der Nasenspitze und des Septums, ich leider oft Gelegenheit gehabt hatte, zu beobachten. Durch energische Abtragung der kranken Partien im Gesunden gelang es indes, dem Prozeß Einhalt zu tun, ehe es zu einer bedeutenden Zerstörung gekommen war.

Relativ häufig habe ich in Jap die Erfahrung gemacht, daß Kinder von Eltern mit syphilitischen Affektionen an sehr hartnäckiger und bösartiger Frambösie litten. Ohne irgendwelche Schlüsse hieraus auf das Verhältnis von Syphilis und Frambösie zueinander zu ziehen, will ich mich vorläufig nur damit begnügen, die Tatsache hinzustellen. Die Frambösie macht in Jap gewiß der größere Teil der Bevölkerung in der Kindheit durch und so werden Kinder von syphilitischen wie gesunden Eltern die Krankheit gleich häufig akquirieren, nur glaube ich gewisse Unterschiede in dem Verlauf der Erkrankung bemerkt zu haben.

Zum Schlusse des Kapitels „Frambösie" möchte ich noch erwähnen, daß die Japleute nicht vor Ablauf von 9 Monaten nach Auftreten der ersten Papel die Frambösie in Behandlung nehmen. Erst müssen Sekundärerscheinungen auftreten, d. h. die Eruption der Papeln am ganzen Körper beendet sein, ehe die Behandlung eingeleitet werden darf. Eine merkwürdige Parallele, diese Maxime der hiesigen Naturmedizin und die Forderung der wissenschaftlich gebildeten, europäischen Ärztewelt, die Syphilis, die ja so große Ähnlichkeit mit der Frambösie hat, daß man sie oft geradezu identifizieren möchte, nicht vor Auftreten von Sekundärerscheinungen zu behandeln! Die Japleute glauben, daß durch die Beseitigung der Primärpapel die Krankheit in das Körperinnere verschleppt werde (fesik-c-dan) und nun der Kranke in langsamem Siechtum an den jetzt im Darm lokalisierten Papeln zugrunde gehen müsse. Die Frambösie führt in Jap den Namen „bilis", auch „m'ragus".

Von anderen Geschwürarten beobachtete ich lupöse Geschwüre an der Brust und im Kehlkopf bei einer Japfrau, die nebenbei an Lungentuberkulose litt und dieser Krankheit auch erlag. Bei einem älteren Japmanne sah ich unregelmäßig geformte, mit unterminierten Rändern versehene, ganz flache Geschwüre, die an den ödematös geschwollenen Beinen saßen, ungemein schmerzhaft waren und jedem Heilversuche trotzten.

Der Saft des „Tschnugot"baumes verursachte bei einem Knaben stark sezernierende große Geschwüre an den Beinen, die durch ihre Schmerzhaftigkeit schon eine leichte Kontraktur des linken Kniegelenkes hervorgerufen hatten. Die Heilung der Geschwüre gelang leicht. Bei einem etwa 10 jährigen Japknaben trat eine eigentümliche Hautkrankheit auf, die die Ellbogen- und Kniegelenke an den Streckseiten sowie das Gesäß betraf. Die Haut war an diesen Stellen trocken, glanzlos, abschilfernd, und wenn man mit der Hand darüber fuhr, hatte man das Gefühl eines Reibeisens. Es schien an den Stellen eine permanente Gänsehaut zu bestehen. Jede Therapie blieb erfolglos. Lichen pilaris, auch Ichtyosis follicularis geben ähnliche Krankheitsbilder, doch war auch Prurigo in Betracht zu ziehen.

Eine alte Japfrau litt ebenfalls an einer höchst merkwürdigen Hautkrankheit. Am ganzen Körper, Armen, Beinen, namentlich den Gelenkgegenden, aber auch Gesicht und Rücken war die Haut von unzähligen Fisteln durchlöchert, die ein scheußlich stinkendes Sekret entleerten. Schnitt man die in weitem Umfange unterminierte Haut über diesen Fisteln fort, so zeigten sich große flache Geschwüre, die scharf umgrenzt, gleichsam wie eingebettet, im gesunden Gewebe lagen und mit geleeartigen, graurötlichen Granulationen bedeckt waren, die sich leicht vollständig mit dem Löffel herauskratzen ließen. Unter antiseptischen Verbänden heilten dann diese Wunden sehr rasch und ließen feste, freibewegliche Narben zurück. Wurde von den Granulationen auch nur ein minimales Stückchen zurückgelassen, so bildete sich aus diesem Herde ein Rezidiv. Die Geschwüre waren sehr schmerzhaft. Streck- wie Beugeseiten waren in gleichem Maße befallen, am stärksten die Beine.

Bei einem älteren Japmanne sah ich eine Tuberkulose beider Klaviculae des Sternums und einen Herd in der linken Skapula mit zahlreichen Fisteln nach außen und großen Hautgeschwüren. Eine Jodkalikur blieb erfolglos.

Schließlich sei noch ein Fall von eigenartigen Fingergeschwüren erwähnt, die ich nicht recht in einem der mir bekannten Krankheitsbilder unterbringen konnte. Es entstanden zahlreiche Fisteln und kleine Geschwüre mit unterminierten Rändern und grauem Belag, die aber nur oberflächlich saßen. Ähnliche Geschwüre saßen in der Haut der linken Nasenwurzel. Durch medikamentöse Behandlung waren die Geschwüre nicht fortzubringen, auch eine antiluetische Kur nützte nichts. Dagegen trat nach Auskratzen jedes einzelnen Geschwürs und Ätzen des Grundes mit dem Argentumstift Heilung ein.

Von anderen Hautkrankheiten wurden behandelt: Ekzeme in verschiedenen Stadien, Roter Hund, Ringwurm in vielen Fällen. Bei der Behandlung der letztgenannten Krankheit stellte ich Versuche an mit einem aus Bangkog stammenden Mittel, einer roten, nach Opium riechenden Tinktur, die auf die kranken Hautstellen aufgepinselt starkes Brennen verursachte, ohne aber, wenigstens in meinen Fällen, Heilerfolge zu liefern.

Krankenrapport

für das

Jahr 1904/05 über die Weifsen und Farbigen der Station Jap.

Iststärke der Farbigen etwa 7200 Köpfe.

Iststärke der Europäer inkl. Japaner etwa 30 Köpfe.

Übersicht der im Hospital und

	I. Infektionskrankheiten und allgemeine								
	Pyämie	Grippe	Tuberkulose der Lunge	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	Tuberkulose anderer Organe	Ruhr	Beri-Beri	Brechdurchfall	Malaria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A. Euro-									
Bestand waren .	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	.	.	.	.	.	1	.	6	.
Abgang: Geheilt bzw. gebessert	.	.	.	.	.	.	.	6	.
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig . . .	.	.	.	.	.	1	.	.	.
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.	.	.
B. Far-									
Bestand waren .	.	1	13	.	.	.	.	.	9
Zugang	1	23	11	.	.	1	5	16	.
Abgang: Geheilt bzw. gebessert	.	24	.	.	.	.	.	16	9
Gestorben	1	.	2	.	.	1	1	.	.
Anderweitig . . .	.	.	14	.	.	.	4	.	.
Bestand bleiben	.	.	8	.	.	.	.	.	.

ambulatorisch behandelten Krankheiten.

Erkrankungen					II. Krankheiten des				XIV. Gesamtsumme
Gelenkrheumatismus akuter	Gelenkrheumatismus chronischer	Blutarmut	Skorbut	Summe	Geisteskrankheiten	Fallsucht	Erkrankungen im Gebiet einzelner Nervenbahnen	Krankheiten des Gehirns	
10	11	12	13		14	15	16	17	
päer.									
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	1	8	.	.	2	1	43
.	.	.	1	7	.	.	2	.	29 + 1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	1	.	.	.	1	14
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
bige.									
1	.	1	.	25	.	.	.	.	108
1	7	3	.	68	3	1	6	1	657
2	5	4	.	60	.	.	6	.	624
.	.	.	.	5	1	.	.	1	14
.	2	.	.	20	2	1	.	.	72
.	.	.	.	8	.	.	.	.	55

Übersicht der im Hospital und

	Nervensystems				III. Krankheiten der Atmungs-			
	Tabes dorsalis	Andere Rückenmarkskrankheiten	Hysterie	Summe	Krankheiten der Nase	Akuter und chronischer Katarrh der Luftwege	Akute Lungenentzündung	Brustfellentzündung
	18	19	20		21	22	23	24
A. Euro-								
Bestand waren	.	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	1	.	1	5	1	1	.	.
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	.	.	1	3	1	1	.	.
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig	1	.	.	2	.	.	.	.
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.	.
B. Far-								
Bestand waren	.	.	.	.	.	3	.	.
Zugang	1	.	.	12	15	45	4	1
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	.	.	.	6	15	30	4	.
Gestorben	.	.	.	2	.	.	.	1
Anderweitig	1	.	.	4	.	18	.	.
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.	.

ambulatorisch behandelten Krankheiten.

organe		IV. Krankheiten der Kreislaufsorgane				V. Krank-		
Asthma	Summe	Erkrankung der Herzklappen	Nervöse Störung der Herztätigkeit	Arteriosclerose	Summe	Krankheiten der Zähne	Mandelentzündung	XIV. Gesamtsumme
25		26	27	28		29	30	
päer.								
.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	2	.	.	.	.	1	.	43
.	2	.	.	.	.	1	.	29 + 1
.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	14
.	.	.	.	.	.	.	.	.
bige.								
.	3	.	.	1	1	3	.	108
7	72	2	1	.	3	.	1	657
.	49	.	1	.	1	.	1	624
.	1	.	.	.	.	.	.	14
7	25	2	.	1	3	.	.	72
.	.	.	.	.	.	.	.	55

Übersicht der im Hospital und

heiten der Ernährungsorgane

	Akuter und chronischer Magenkatarrh	Magengeschwüre	Darmkatarrh	Bauchfellentzündung	Gelbsucht	Krankheiten der Leber	Eingeweidwürmer	Summe
	31	32	33	34	35	36	37	
A. Euro-								
Bestand waren	.	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	5	.	2	.	1	.	.	9
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	5	.	1	.	1	.	.	8
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig	.	.	1	.	.	.	.	1
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.	.
B. Far-								
Bestand waren	.	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	29	1	1	1	.	2	1	36
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	29	.	1	.	.	.	1	32
Gestorben	.	.	.	1	.	1	.	2
Anderweitig	.	1	.	.	.	.	.	1
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	1	.	1

ambulatorisch behandelten Krankheiten.

VI. Krankheiten der Harnorgane			VII. Venerische Krankheiten						XIV. Gesamtsumme
Blasenkatarrh	Krankheiten der Eichel und Vorhaut	Summe	Tripper	Nebenhodenentzündung	Weicher Schanker	Bubo	Konstitutionelle Syphilis	Summe	
38	39		40	41	42	43	44		
päer.									
.	.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	.	.	2	.	.	1	.	3	43
.	.	.	2	.	.	.	.	2	29 + 1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	1	.	1	14
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
bige.									
.	.	.	1	.	.	.	32	33	108
8	13	21	7	1	2	1	101	112	657
6	13	19	8	1	2	.	108	119	624
.	.	.	.	.	.	.	1	1	14
1	.	1	.	.	.	1	1	2	72
	.	1	.	.	.	.	23	23	55

Übersicht der im Hospital und

VIII. Augenkrankheiten

	Follikulärer Bindehautkatarrh	Einfacher Bindehautkatarrh	Krankheiten der Hornhaut	Krankheiten der Regenbogenhaut	Krankheiten der Netzhaut	Andere Augenkrankheiten	Summe
	45	46	47	48	49	50	
A. Euro-							
Bestand waren	.	1	.	.	.	.	1
Zugang	2	1	.	1	.	.	4
Abgang:							
Geheilt bzw. gebessert	.	1	.	1	.	.	2
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig . . .	2	1	.	.	.	.	3
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.
B. Far-							
Bestand waren .	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	2	3	2	1	1	.	9
Abgang:							
Geheilt bzw. gebessert	.	1	1	.	1	.	3
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig . . .	2	1	1	1	.	.	5
Bestand bleiben	.	1	.	.	.	.	1

ambulatorisch behandelten Krankheiten.

IX. Ohrenkrankheiten				X. Krankheiten der				XIV. Gesamtsumme
Krankheiten des äußeren Ohres	Krankheiten des inneren Ohres	Sclerose des Trommelfells	Summe	Akute Hautkrankheiten	Chronische Hautkrankheiten	Einfache Hautgeschwüre	Furunkel	
51	52	53		54	55	56	57	
päer.								
.	.	.	.	.	.	.	.	1
1	.	.	1	1	.	1	1	43
1	.	.	1	1	.	1	1	29 + 1
.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	14
.	.	.	.	.	.	.	.	.
bige.								
.	.	.	.	.	.	9	.	108
5	5	2	12	.	.	48	.	657
4	4	1	9	.	.	54	.	624
.	.	.	.	.	.	.	.	14
1	1	1	3	.	.	.	.	72
	.	.	.	.	.	3	.	55

Übersicht der im Hospital und

	äußeren Bedeckungen					XI. Krankheiten der Bewegungsorgane		XII. Me-
	Framboesische Krankheiten der Haut	Ringwurm	Roter Hund	Andere Hautkrankheiten	Summe	Muskelrheumatismus	Summe	Knochenbruch des Schädels
	58	59	60	61		62		63
A. Euro-								
Bestand waren	.	.	.	.	.	.	.	.
Zugang	.	.	1	.	4	.	.	1
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	.	.	1	.	4	.	.	1
Gestorben	.	.	.	.	.	.	.	.
Anderweitig	.	.	.	.	.	.	.	.
Bestand bleiben	.	.	.	.	.	.	.	.
B. Far-								
Bestand waren	21	.	.	4	34	3	3	.
Zugang	82	.	.	25	155	49	49	1
Abgang:								
Geheilt bzw. gebessert	91	.	.	18 + 4	167	52	52	.
Gestorben	.	.	.	1	1	.	.	1
Anderweitig	2	.	.	2	4	.	.	.
Bestand bleiben	10	.	.	4	17	.	.	.

ambulatorisch behandelten Krankheiten.

chanische Verletzungen und chirurgische Erkrankungen				XIII. Frauenkrankheiten				XIV. Gesamtsumme
Verrenkung der Schultergelenke	Wunden und Verletzungen aller Art	Andere chirurgische Erkrankungen	Summe	Menstruationsbeschwerden	Scheidenkatarrh	Wochenbettfieber	Summe	
64	65	66		67	68	69		
päer.								
.	.	.	.	.	.	.	.	1
.	5	1	7	.	.	.	.	43
.	.	.	1	.	.	.	.	29 + 1
.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	5	1	6	.	.	.	.	14
.	.	.	.	.	.	.	.	.
bige.								
.	.	9	9	.	.	.	.	108
1	57	45	104	1	1	2	4	657
1	55	47	103	1	1	2	4	624
.	.	1	2	.	.	.	.	14
.	1	3	4	.	.	.	.	72
.	1	3	4	.	.	.	.	55

B. Ostkarolinen.

Im Verlauf des Berichtsjahres vom 1. April 1904 bis 1. April 1905 war der Regierungsarzt Dr. Girschner auf Urlaub abwesend und konnte daher erst am 7. September 1904 bei seinem Eintreffen in Ponape die ärztliche Tätigkeit wieder aufnehmen.

Am 8. März 1905 wurde von ihm auf Ersuchen des Bezirksamtes zu Seipan die Reise nach den Marianen angetreten; am 2. Mai erfolgte die Rückkehr nach Ponape. Inzwischen war hier durch den furchtbaren Orkan (Stärke 12 und darüber, Barometerstand Minimum 717, nach anderen Beobachtungen 713 mm) nebst sämtlichen übrigen Gebäuden auch das Krankenhaus bis auf die Grundmauern zerstört worden, und dabei wurde auch ein großer Teil der Instrumente, fast sämtliche Medikamente, die im Laufe der Jahre gesammelten pathologischen Präparate, alle dort befindlichen Bücher, Krankengeschichten und sonstige Schriftstücke vernichtet. Infolge dieses unglücklichen Ereignisses fehlten ihm die Abschriften und Statistiken der früheren Vierteljahrsberichte und somit die Grundlagen, um einen zusammenfassenden Bericht zusammenstellen zu können. In Ermangelung desselben mögen seine an die Kolonialabteilung gelangten Vierteljahresberichte im folgenden Platz finden.

Ärztlicher Vierteljahrsbericht vom 7. September bis 31. Dezember 1904.

Von meiner Urlaubsreise zurückgekehrt konnte ich nach halbjähriger Unterbrechung meine Tätigkeit im Schutzgebiet am 7. September 1904 wieder aufnehmen.

Das Klima Ponapes war während der in Rede stehenden Zeit durch eine abnorme Trockenheit ausgezeichnet. Die Regenmenge war nur halb so groß wie im verflossenen Jahre.

I. Europäer.

Im ganzen wurden 11 Europäer behandelt an folgenden Krankheiten:

1. Malaria, zwei eingeschleppte Fälle.
2. Diarrhöe (1).

3. Neuralgie im Trigeminus (1),

4. Ulcera cruris von bedeutendem Umfange bei einem älteren Weißen (1).

5. Ulcerationen an Hand und Fingern unbekannter Herkunft (1).

6. Phlegmone (1).

7. Kontusion der Brust, leichterer Art (1).

8. Panaritium (2).

II. Eingeborene.

Epidemische Krankheiten wurden außer Influenza nicht beobachtet.

Es wurden folgende Krankheiten beobachtet und behandelt:

1. Infektionskrankheiten.

Malaria, eingeschleppt, kam bei einem Malaien zur Beobachtung.

Influenza, trat am Ende des Jahres epidemisch auf; es wurden 17 Patienten behandelt, bei denen vorzugsweise die Atmungsorgane ergriffen waren.

Frambösie, 6 Kranke im kindlichen Alter, darunter ein Fall, bei dem fast die ganze Körperoberfläche mit frambötischen Veränderungen bedeckt war.

Tuberkulosis pulmonum mit tödlichem Ausgange bei einem Mann, der, der Anamnese nach zu schließen, eine Influenza durchgemacht hatte, an die sich die Tuberkulose anschloß.

2. Erkrankungen der Atmungsorgane.

Außer den Influenzakranken wurden noch 8 Patienten wegen akuter Bronchitis und 1 Patient wegen Pleuritis behandelt.

3. Erkrankungen der Verdauungsorgane.

An Verdauungsstörungen, durch verschiedenartige Ursachen hervorgerufen, litten 8, an Diarrhöe 9, an Stuhlverstopfung 1 Patient. Brechdurchfall der Kinder, der hier sonst nicht häufig ist, kam in einem Fall zur Behandlung.

4. Erkrankungen der Blutgefäſse.

Acteriosklerose zeigte sich bei einem älteren Mann. Dieselbe Krankheit hatte bei einem andern Manne eine Gehirnblutung und halbseitige Lähmung hervorgerufen, die sich nur teilweise wieder gebessert hat.

5. Erkrankungen des Nervensystems.

Wegen Kopfweh aus rein nervösen Ursachen wurden 4, wegen Neuralgie peripherischer Nerven 7 Patienten behandelt.

6. Erkrankungen der Bewegungsorgane.

Rheumatische Erkrankungen sind auf der Insel sehr häufig, wohl infolge des feuchten Klimas. Europäer und Farbige leiden in gleicher Weise darunter, eine Tatsache, die schon von den spanischen Ärzten festgestellt war. Im ganzen wurden 51 Fälle von akutem Muskelrheumatismus, zwei leichtere von akutem und 3 von chronischem Gelenkrheumatismus behandelt.

7. Scrophulose.

Scrophulose ist bei Kindern nicht selten, wird aber von den Eltern wenig beachtet. Behandelt wurde ein Fall.

8. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Kranke mit dem leider unausrottbaren „Ringwurm", Tinea imbricata, wurden 37 behandelt. Ekzeme 5.

Syphiliskranke, sämtlich im tertiären Stadium, unterzogen sich 2 einer Kur.

Wegen Gonorrhoe wurden 6 Patienten behandelt.

Sämtliche Arbeiter der Bezirksämter wurden allmonatlich, wie auch schon in früheren Jahren, auf Geschlechtskrankheiten untersucht.

9. Frauenkrankheiten.

Wegen Erkrankungen der Geschlechtsorgane lassen sich eingeborene Frauen nur in ganz dringenden Fällen untersuchen und behandeln. Es wurde eine Frau wegen Gebärmutterblutungen, nach der Geburt entstanden, mit Secale behandelt.

10. Erkrankungen der Sinnesorgane.

1. Augenkrankheiten.

Behandelt wurden wegen Blepharitis und Conjunctivitis je ein Patient, wegen Keratitis 3. Unter diesen befand sich je einer mit Conjunctivitis und Keratitis gonorrhoica. Die schwere Erkrankung machte mehrwöchentlichen Aufenthalt im Krankenhause notwendig, ging dann aber ohne Sehstörung in Heilung aus. Außerdem wurde noch je ein Patient mit Leukom und Hemeralopie beobachtet.

2. Ohrenkrankheiten.

An Otitis externa litten 5, Otitis media acuta 2, an Otitis media chronica 5 Patienten, vier von den letzteren mußten die Behandlung als ergebnislos aufgeben.

3. Nasenkrankheiten.

Ein aus Ruk stammender Eingeborener wurde wegen chronischem Nasenkatarrh behandelt.

11. Chirurgische Krankheiten.

Die Zahl der wegen Verletzungen behandelten Kranken betrug 36; es waren teils Quetschungen, teils Weichteilverletzungen durch scharfe Instrumente, Glassplitter oder Steine verursacht, die ärztliche Behandlung erforderten; meistens waren die unteren Extremitäten ergriffen und hier ist besonders sorgfältige Wundbehandlung nötig wegen der Möglichkeit einer Tetanusinfektion.

Wegen ihrer Schwere waren besonders folgende Verletzungen bemerkenswert. Erstlich eine ausgedehnte Quetschwunde der Hand, verursacht durch unvorsichtiges Umgehen mit einer Bohrmaschine. Der Bohrer hatte die Weichteile des Handrückens zerfleischend unter Zerstörung von einigen Sehnen und Beschädigung von Knochen die Hand durchbohrt und war in der Handfläche wieder herausgedrungen. Die Behandlung der mit Maschinenschmutz und -Öl verunreinigten Wunde nahm mehrere Wochen Krankenhausbehandlung in Anspruch; doch ist der Arbeiter (Malaie) wieder erwerbsfähig geworden.

Eine andere schwere Verletzung hatte einen Eingeborenen betroffen. Er war vor etwa 9 Monaten von einer Palme herabge-

stürzt und dabei mit dem Mittelfleisch auf eine Mangonenwurzel gefallen; Anus, penis und der eine Hoden (der andere war früher der hier herrschenden Volkssitte gemäß exstipiert worden) waren unbeschädigt, dagegen war das ganze Mittelfleisch in ein hartes Narbengewebe verwandelt, durchsetzt von zahlreichen Fisteln, aus denen sich Eiter und zersetzter Urin entleerte. Der eingeführte Katheter stieß auf unüberwindbare Hindernisse. Urin konnte nur tropfenweise unter großen Schmerzen und mit starker Anstrengung entleert werden; der Kranke war stark in der Ernährung herabgekommen und vermochte nur wenige Schritte am Stocke zu gehen.

Unter gütiger Mitwirkung des gerade hier anwesenden Arztes S. M. S. „Condor" wurde in Narkose das Narbengewebe vorsichtig durchtrennt, um die etwa noch vorhandenen Reste der Harnröhre aufzufinden. Es ergab sich aber, daß die ganze pars membranacia und ein Teil der pars bulbosa zerquetscht war, somit ein ganzes Stück der Harnröhre fehlte in der Ausdehnung von mehreren Zentimetern. An eine Vereinigung der Enden der durchtrennten Harnröhre war daher nicht zu denken; man mußte sich deswegen darauf beschränken, den zentralen Stumpf aufzusuchen, was in dem die Orientierung außerordentlich erschwerenden veränderten Gewebe recht schwierig war. Dann wurde in die Blase ein Verweilkatheter eingelegt, um dem Urin freien Abfluß zu verschaffen. Da aber starke Fieber eintraten, mußte das Instrument später wieder entfernt werden. Gegen Jahresschluß hatte sich der Zustand gebessert. Das Fieber war nach häufigen Blasenspülungen verschwunden, der Urin konnte leicht und schmerzlos entleert werden und die Wunde verkleinerte sich.

Anderweitige operative Eingriffe machten nötig die Entfernung eines sehr umfangreichen Lipoms aus dem Rücken eines Mannes und eines Tumors aus der Unterlippe einer älteren Frau, der anscheinend ein Epithelialcarcinom war; doch ist die Untersuchung noch nicht abgeschlossen und es liegt die Möglichkeit einer gutartigen Neubildung noch vor.

Kleinere chirurgische Eingriffe erforderte die Behandlung von Furunkeln und Abszessen (13), darunter einige von großer Ausdehnung; Incisionen und Exstirpationen geschwollener und vereiterter Lymphdrüsen in verschiedenen Körpergegenden (15), Beseitigung einer Phimose (1), Auskratzungen ulcerativer chronischer Prozesse (9), die, wie auch schon

früher, stets viel Zeit und Geduld in Anspruch nahmen. 2 Eingeborene werden im Krankenhause wegen tuberkulöser Abszesse in der Nachbarschaft der Wirbelsäule mit Jodoformeinspritzungen, Ausschabungen usw. behandelt. Ein Rukeingeborener litt an einer eingeklemmten Leistenhernie (der ersten hier beobachteten); sie konnte ohne Narkose wieder zurückgebracht werden. Zwei Fälle von Hydrocele testis, durch Verletzungen entstanden, wurden durch Punktion behandelt, da die Patienten sich nicht in Krankenhausbehandlung begeben konnten.

Bei einem Eingeborenen der Zentralkarolinen wurde anfänglich eine Cystitis diagnostiziert, der weitere Verlauf der Krankheit ließ aber auf einen Blasentumor schließen.

Kariöse Zähne wurden 14 extrahiert.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Ponape.

Iststärke: 50.

Vierteljahr vom 7. September 1904 bis 1. Januar 1905.

Lfde. No.	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
1	Malaria	.	2	2	2	.	.	2	.	.	37
2	Diarrhöe	.	1	1	1	.	.	1	.	.	1
3	Neuralgie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	3
4	Conjunctivitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
5	Kontusion des Brustkastens	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
6	Phlegmone	.	1	1	1	.	.	1	.	.	15
7	Panaritium	.	2	2	2	.	.	2	.	.	15
8	Ulcus cruris	.	1	1	.	.	.	.	1	.	50
9	Ulcerat an Hand und Fingern	.	1	1	1	.	.	1	.	.	55

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Ponape.

Iststärke:

Vierteljahr vom 7. September 1904 bis 1. Januar 1905.

Lfde. No.	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
1	Malaria	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
2	Influenza	.	17	17	17	.	.	17	.	10	88
3	Frambösie	.	6	6	6	.	.	6	.	4	106
4	Tuberkulos. pulmonum	.	1	1	.	1	.	1	.	39	.
5	Bronchitis	1	7	8	7	1	.	8	.	.	56
6	Pleuritis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	22
7	Verdauungsstörungen	.	8	8	8	.	.	8	.	12	23
8	Brechdurchfall bei Kindern	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
9	Diarrhöe	.	9	9	9	.	.	9	.	.	32
10	Obstipation	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
11	Arteriosklerose	.	1	1	.	.	1	1	.	.	3
12	Apoplexia cerebri	.	1	1	.	.	1	1	.	15	.
13	Cephalgie	.	4	4	4	.	.	4	.	.	10
14	Neuralgie	.	7	7	7	.	.	7	.	.	22
15	Rheumatismus muscul. acut.	.	51	51	51	.	.	51	.	6	164
16	Rheumatismus articul. acut.	.	2	2	2	.	.	2	.	.	17
17	Rheumatism. articul. chronic.	.	3	3	.	.	3	3	.	10	16
18	Scrophulose	.	1	1	.	.	1	1	.	.	10
19	Tinea imbricata	.	37	37	37	.	.	37	.	.	207
20	Eczema	.	5	5	5	.	.	5	.	.	46
21	Syphilis	.	2	2	.	.	.	.	2	.	11
22	Gonorrhoe	.	6	6	5	.	1	6	.	.	52
23	Uterusblutungen	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
24	Blepharitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
25	Conjunctivitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
26	Keratitis	.	3	3	3	.	.	3	.	54	8
27	Leukom	.	1	1	.	.	1	1	.	1	.
28	Hemeralopie	.	1	1	.	.	1	1	.	.	3
29	Otitis externa	.	2	2	2	.	.	2	.	.	6
30	Otitis media acuta	.	2	2	2	.	.	2	.	.	10
31	Otitis media chronica	.	5	5	.	.	5	5	.	4	13
32	Rhinitis chronica	.	1	1	.	.	1	1	.	.	20
33	Verletzungen	.	36	36	33	.	2	35	1	104	221
34	Akut entzündliche Prozesse (Furunkel, Abszess)	.	13	13	12	.	1	13	.	94	52
35	Chronisch alcerat. Prozesse	.	9	9	4	.	5	9	.	135	132

Lfde. No.	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
36	Lymphdrüsenschwellungen und Eiterungen	.	15	15	10	.	5	15	.	49	285
37	Hernia inguinal. incarcerat.	.	1	1	1	.	.	1	.	.	2
38	Phimosenoperation. . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
39	Excision von Tumoren . .	.	2	2	2	.	.	2	.	57	.
40	Tuberkulöse Abszesse . .	.	2	2	1	.	.	1	1	88	.
41	Hydrocel. testis	.	2	2	2	.	.	2	.	.	4
42	Cystitis	.	1	1	.	.	1	1	.	40	.
43	Zahnextraction wegen Caries	.	14	14	14	.	.	14	.	.	14

Ärztlicher Vierteljahrsbericht vom 1. Januar bis 7. März 1905.

Meine ärztliche Tätigkeit in Ponape erstreckte sich nur auf die Zeit vom 1. Januar bis 7. März 1905, da ich mich am 8. März auf die Reise nach den Marianen begeben mußte.

In dem genannten Zeitraum kamen auf Ponape außer Influenza keine epidemischen Krankheiten zur Behandlung. Der Gesundheitszustand der hier ansässigen Europäer war zufriedenstellend. Unter den Eingeborenen wurden folgende Krankheiten behandelt:

1. Infektionskrankheiten.

Es wurden neun an Influenza erkrankte Personen behandelt, bei sämtlichen waren vorzugsweise die Atmungsorgane ergriffen. Die Durchschnittsdauer der Behandlung betrug für jeden Patienten etwas über acht Tage. Todesfälle sind nicht vorgekommen.

2. Erkrankungen des Mundes und der Verdauungsorgane.

Ein Patient litt an Zahnfleischentzündung.

Sieben Patienten wurden wegen Verdauungsstörungen mit Magenschmerzen und zum Teil mit Fieber behandelt.

Sechs standen wegen Diarrhoe in Behandlung.

Einer litt an Obstipation.

Ein Europäer hatte sich durch den Genuß von Ricinussamen heftige Verdauungsstörungen und Erbrechen zugezogen. Die Vergiftungserscheinungen hielten drei Tage an.

3. Erkrankungen der Atmungsorgane.

Außer den bereits erwähnten neun Influenzakranken wurden noch zwanzig Personen wegen Bronchitis mit und ohne Laryngitis behandelt.

4. Erkrankungen des Nervensystems.

An Kopfweh litten drei Personen. Ein Eingeborener wurde wegen zeitweise auftretender epileptischer Anfälle behandelt.

5. Erkrankungen der Muskeln und der Gelenke.

An Muskelrheumatismus litten zwölf, an akutem Gelenkrheumatismus leichterer Art zwei Personen.

6. Erkrankungen der Sinnesorgane.

Wegen Dacryocystitis wurde ein Europäer, wegen Conjunctivitis ein Eingeborener behandelt.

An Otitis externa, Otitis media acuta, Otitis media chronica litt je ein Eingeborener.

7. Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Es kamen folgende Fälle zur Behandlung: Zweiundzwanzig Fälle an Tinea imbricata. Ein Fall von Eczema. Sechs Fälle von Gonorrhoe.

8. Geburtshilfe.

Bei einer europäischen Frau wurde eine Geburt geleitet.

9. Chirurgische Krankheiten.

Kontusionen und Quetschungen wurden folgende behandelt:
des Handgelenks: eine
der Schulter: eine
des Unterschenkels: zwei
des Oberschenkels: eine.

Verletzungen der Weichteile:
der Hand: zwei
der Finger: zwei

des Fußes: vier, darunter eine schwere durch Axthieb,
der Nase (durch Fall): eine
des Fußes (durch Fischbiß) eine,

Knochenbrüche:
Unterschenkelbruch: einer.

Furunkeln: sieben.

Phlegmone der Hand: bei einem Europäer eine.

Sehnenscheidenentzündung: eine.

Lymphdrüsenschwellungen und Entzündungen: drei.

Chronische ulcerative Prozesse am Unterschenkel und am Fuß: je einer.

Ein Patient mit einem tuberkulösen Abszeß starb im Krankenhause.

Der Kranke mit der ausgedehnten Harnröhren-Zerreißung ist gebessert, doch wird die aufgetretene Struktur noch langdauernde Sonderbehandlung nötig machen.

Kariöse Zähne wurden fünfzehn extrahiert.

Nachweisung

über die kranken Europäer der Station Ponape.

Iststärke: 50.

Vierteljahr vom 1. Januar 1905 bis 7. März 1905.

Lfde. No.	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
1	Verdauungsstörungen . . .	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
2	Dacryo cystitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	18
3	Geburt	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
4	Phlegmone	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Station Ponape.

Iststärke: 3380.

Vierteljahr vom 1. Januar 1905 bis 7. März 1905.

Lfde. No.	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
1	Influenza	.	9	9	9	.	.	9	.	.	73
2	Gingivitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	10
3	Verdauungsstörungen	.	7	7	7	.	.	7	.	.	40
4	Diarrhöe	.	6	6	6	.	.	6	.	3	15
5	Obstipation	.	1	1	1	.	.	1	.	.	4
6	Bronchitis	.	20	20	20	.	.	20	.	.	120
7	Cephalgie	.	3	3	3	.	.	3	.	.	12
8	Epilepsie	.	1	1	1	.	.	1	.	.	21
9	Rheumatismus artic. acut.	.	2	2	2	.	.	2	.	.	24
10	Rheumatismus muscul.	.	12	12	12	.	.	12	.	.	48
11	Conjunctivitis	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
12	Otitis externa	.	1	1	1	.	.	1	.	.	9
13	Otitis media acuta	.	1	1	1	.	.	1	.	22	.
14	Otitis media chronica	.	1	1	.	.	1	1	.	.	23
15	Tinea imbricata	.	22	22	22	.	.	22	.	.	88
16	Eczema	.	1	1	1	.	.	1	.	.	8
17	Gonorrhoe	.	6	6	6	.	.	6	.	.	126
18	Verletzungen	1	16	17	16	.	1	16	.	45	125
19	Furunkel	.	7	7	7	.	.	7	.	.	61
20	Sehnenscheidenentzündung	.	1	1	1	.	.	1	.	.	5
21	Leistendrüsenentzündung	.	3	3	3	.	.	3	.	35	5
22	Chronische ulcerat. Prozesse	.	2	2	2	.	.	2	.	.	20
23	Tuberkulöser Abscess	1	.	1	.	1	.	1	.	17	.
24	Zahnextraction	.	15	15	15	.	.	15	.	.	15

Nachweisung

über die im Jahre 1904/05 im Schutzgebiet Deutsch-Neu-Guinea (Bezirk Ostkarolinen) verstorbenen Europäer.

Lfd. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursachen	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	K.	männl.	unbekannt	Arbeiter	England	?	5 Jahre	8. 9. 04	Aortenaneurysma	
2.	M.	„	77	Seemann	Vereinigte Staaten von Nordamerika	?	26 Jahre	24. 10. 04	Altersschwäche	
3.	J.	„	6 Tage	.	Hamburg	6 Tage	6 Tage	20. 12. 04	unbekannt	
4.	K.	„	64	ohne Gewerbe	England	?	40 Jahre	8. 1. 05	unbekannt	
5.	J.	„	54	Seemann	Preußen	?	8 Jahre	29. 1. 05	Angeblich an Wassersucht	
6.	B.	„	51	Schiffskapitän	Vereinigte Staaten von Nordamerika	?	6 Wochen	21. 2. 05	Durch Verletzung mit einem scharfen Instrument	

Nachweisung

über die im Jahre 1904/05 im Schutzgebiet Deutsch-Neu-Guinea (Bezirk Ostkarolinen) verstorbenen Europäer.

Lfd. Nr.	Name	Geschlecht	Alter	Beruf	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursachen	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	K.	männl.	unbekannt	Arbeiter	England	?	5 Jahre	8. 9. 04	Aortenaneurysma	
2.	M.	„	77	Seemann	Vereinigte Staaten von Nordamerika	?	26 Jahre	24. 10. 04	Altersschwäche	
3.	J.	„	6 Tage	.	Hamburg	6 Tage	6 Tage	20. 12. 04	unbekannt	
4.	K.	„	64	ohne Gewerbe	England	?	40 Jahre	8. 1. 05	unbekannt	
5.	J.	„	54	Seemann	Preußen	?	8 Jahre	29. 1. 05	Angeblich an Wassersucht	
6.	B.	„	51	Schiffskapitän	Vereinigte Staaten von Nordamerika	?	6 Wochen	21. 2. 05	Durch Verletzung mit einem scharfen Instrument	

C. Marianen (Saipan).

(Bericht des Regierungsarztes Dr. Girschner über die ärztliche Tätigkeit auf Saipan (Marianen) vom 14. März bis 26. April 1905).

Die tägliche Durchschnittszahl der behandelten Kranken betrug: 57. Auf die verschiedenen Krankheiten verteilten sich die Patienten ihrer Zahl nach in folgender Weise:

Frambösie: 168, fast ausschließlich Kinder.

Syphilis: 18, der Mehrzahl nach im tertiären Stadium.

Varicellen: 8.

Verdauungsstörungen: 15, darunter ein durch Genuß giftiger Fische verusachter Fall.

Diarrhoe: 39, zwanzig mit blutigen Entleerungen.

Leberschwellungen: 2.

Mandelentzündungen: 13.

Bronchitis: 15.

Asthma bronchiale: 25.

Herzklappenfehler: 2, (Mitralinsufficienz), ein Patient starb.

Nervöses Kopfweh: 7.

Neuralgie: 1.

Spastische Lateralsklerose: 1.

Epilepsie: 2.

Rheumatismus musculorum: 7.

Rheumatismus articulorum chronicus: 2.

Anämie: 7.

Eczema: 30.

Augenkrankheiten: Conjunctivitis: 86, Blepharitis: 8, Keratitis: 7, Tränen-Nasengangverengung: 1.

Ohrenkrankheiten: Otitis externa 3.

Rhinitis chronica: 2.

Puerperalfieber: 1.

Weichteilverletzungen: 39.

Knochenbrüche (Fractura brachii): 2.

Chronische ulcerative Prozesse: 47.

Tuberkulöse Abszesse: 2. (1 Ellenbogengelenk, 1 Wirbelsäule).

Leistenhernien: 2.

Tumoren: 1 Mammafibrom.

Furunkel: 12.

Drüsenschwellungen: 6.

Ascaris lumbricoides: 54.

D. Marshall-Inseln.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Schwabe.)

Nachdem der Passat im vorigen Jahre bereits im Februar zu wehen aufgehört hatte, zeichnete sich die übrige Jahreszeit durch Windstillen und demzufolge durch größeres Fühlbarwerden der Hitze und Überhandnehmen der Moskitos aus, bis im Dezember wieder der Passat einsetzte. Im Berichtjahr wurden behandelt 123 Weiße und 563 Eingeborene, im ganzen 686 Kranke.

Influenza. Im Beginn des Berichtjahrs wurden die Marshallinseln durch eine unangenehme Influenza-Pandemie heimgesucht, die wahrscheinlich nicht wenige Todesfälle unter den Eingeborenen zur Folge hatte. Die klinischen Erscheinungen waren die bekannten; gelegentlich wurden auch Influenza-Bazillen im Sputum-Ausstrichpräparat nachgewiesen. Komplikationen waren zahlreich durch purulente Mittelohrentzündungen, Katarrhe der Nasen-Nebenhöhlen, Icterus, Icterus mit Albuminurie, Nephritis acuta, anhaltende Muskel- und Nervenschmerzen, Herpes labialis, Herpes zoster, augio-neurotisches Ödem. Ein weiteres Charakteristikum der Pandemie waren häufige Rezidive und protrahierte Rekonvaleszenz. Nach Ablauf der Pandemie wurden als Nachkrankheit einige Fälle von subakuten Entzündungen der Hals- und Submaxillardrüsen behandelt, die meist in Resolution, zum Teil aber auch in Eiterung ausgingen.

Während starker Westbrise im September, welche die Ansiedelung auf Tabwor an der ungeschützten Lagunenseite trifft, häuften sich akute Erkrankungen, die sich meist durch hohe Temperaturen und heftige Kopf-, Glieder- und Kreuzschmerzen bei Mangel sonstiger klinischer Erscheinungen auszeichneten. Dergleichen Erkrankungen sind sporadisch zu allen Jahreszeiten zu beobachten

und wurden der Influenza zugerechnet, obwohl es sich möglicherweise auch um eine andere Infektion handelt. Für das Vorkommen von Dengue war bisher kein Anhalt. Die Krankheit verläuft meist kurz und kann anscheinend durch Schwitzprozeduren, eventuell kombiniert mit Salipyrin-Medikation oder dergleichen oft koupiert werden.

Mit Einsetzen des Passats im Dezember traten wieder zahlreichere Erkrankungen der Atmungsorgane auf, die zum Teil mit stärkerem Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen verliefen.

Ausnahmsweise wurde einmal ein an Varicellen erkrankter sechsjähriger Junge zum Arzt gebracht; gewöhnlich geschieht das nicht, da die Harmlosigkeit der Krankheit den Eingeborenen bekannt ist.

Sporadisch kamen katarrhalische und phlegmonöse Anginen vor; ebenso infektiöse Darmkatarrhe und Dysenterie.

Diabetes mellitus wurde gelegentlich bei Weißen und Eingeborenen gefunden.

Zweimal wurde transversale Myelitis beobachtet; der eine Fall verlief akut und kam ad exitum. Es handelte sich um eine etwa 23 jährige Eingeborne, welche wiederholt wegen ulzerierter Gummata behandelt worden war. Sie suchte wegen starker Schmerzen in der Lebergegend ärztliche Hilfe nach, bekam Jodkali und blieb wegen Nachlaß der Schmerzen aus. Später wurde Berichterstatter in die von ihr bewohnte Hütte gerufen, da sie an heftigen Schmerzen, vom Kreuz nach den Beinen ausstrahlend, an Lähmung der Beine und Harnverhaltung litt. Es fand sich das Bild einer Myelitis transversa. Die heftigen Schmerzen, besonders im Anfang der Krankheit, verbunden mit den vorangegangenen spätsyphilitischen Erscheinungen ließen an einen gleichen Prozeß am Wirbelkanal denken.

Je einmal wurden Weiße wegen Morbus Basedowii und wegen progressiver Paralyse behandelt.

Ein Fall von Herpes zoster an den Fingern ist erwähnenswert.

Beri-Beri. Es ist wohl kein Zweifel, daß auch auf den Marshallinseln jene infektiöse multiple Neuritis, welche man Beri-Beri nennt, vorkommt; bisher wurde sie nur sporadisch beobachtet. Ich verweise auch auf meine diesbezüglichen Bemerkungen im vorigen Jahresbericht. Die damals so bezeichnete Krankheit eines

Chinesen war ganz zweifellos Beri-Beri. Zum Beweise führe ich die damals gemachten kurzen Notizen an.

Der kräftige, muskulöse Mann erkrankte 14 Tage vor der Konsultation während einer Reise in der Marshall-Gruppe als Schiffskoch an Bord eines Schoners mit Frösteln und Unwohlsein. Es war Druckgefühl und Schmerz in der Magengegend vorhanden, und die Wadenmuskulatur war schmerzhaft. Die motorischen Störungen waren sehr stark und der Gang mühsam und typisch für einen Beri-Beri-Kranken. Die Hautanästhesie war mäßig. Patellar-, Bauch-, Cremasterreflexe fehlten. Sehr starker Romberg. Pulsbeschleunigung, besonders bei Bewegung; ausgesprochene Herzdilatation mit Atemnot und Palpitationen; Ödeme. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Der Mann scheint nach seinen Angaben vor 4 Jahren in Ponape (Karolinen) ebenfalls Beri-Beri gehabt zu haben. Er ging dann nach seiner Heimat, Hongkong oder Canton, und kam ungefähr 10 Monate vor seiner jetzigen Erkrankung mit dem Postdampfer nach Jaluit. Die Krankheit ging in Genesung aus. Bei der letzten Untersuchung waren die Patellarreflexe noch nicht wiedergekehrt.

Im April 1904 wurde ein Marshall-Eingeborener, der die Gruppe nie verlassen hatte, wegen Beri-Beri behandelt. Dies fiel in die Zeit der Influenza-Pandemie, doch hing seine Krankheit wohl nicht mit dieser Seuche zusammen; erst im Verlauf der Polyneuritis stellten sich leichte katarrhalische Erscheinungen an den Atmungsorganen ein, welche als Komplikation der primären Erkrankung mit Influenza aufgefaßt wurden. Als merkwürdig bei diesem Beri-Beri-Fall ist anzuführen, daß die vorhandene Herzaffektion in einer Entzündung des Endocards bestand, die eine Mitralinsuffizienz hinterließ, daß die Sehnenreflexe in den unteren Extremitäten lebhaft gesteigert, die Hautreflexe dagegen verschwunden waren, während sonst meist das umgekehrte Verhalten berichtet wird, und daß eine einseitige harte Leistendrüsenschwellung vorhanden war, für welche keine andere Ursache als die Beri-Beri-Infektion nachweisbar war. Der Bubo wurde später nekrotisch, und das Wundsekret enthielt dann kolossale Mengen eines Diplokokkus fast in Reinkultur.

Ein weiterer Fall betraf einen Weißen, der, in ungünstigen äußeren Verhältnissen, seit ungefähr 20 Jahren im Schutzgebiet lebt. Bei demselben wurden vor 1 oder 1½ Jahren Erscheinungen einer Polyneuritis festgestellt. Bevor er nun im letzten Quartal des Berichtjahres dem Unterzeichneten zugeführt wurde, hatte er schon einige Wochen wegen Anschwellung der Unterschenkel, verbunden mit heftigen Schmerzen und Lähmung, krank gelegen. Es war Beri-Beri, ohne merkliche Herzaffektion, aber mit hochgradiger Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden.

Ein (dritter) vierter Fall atrophischer Beri-Beri betraf einen Chinesen. Derselbe ist wahrscheinlich schon in seiner Heimat daran krank gewesen.

Über einen Fall, welcher vielleicht ebenfalls hierher gehört, habe ich bereits berichtet: Auf einem nach Jaluit zuständigen Segelschiff, welches im Jahre 1897 seit ungefähr vier Wochen von da nach San Franzisko unter-

wegs war, erkrankte in der Nähe der amerikanischen Küste, nach harter Arbeit bei kaltem, stürmischem Wetter, Kapitän und Steuermann in akuter Weise mit Fieber, Herzbeschwerden, Schwellung und Schmerzen der Beine. Der Steuermann starb, der Kapitän kam in San Franzisko ins Hospital. Nach seiner Angabe soll man dort im Urin Albumen festgestellt haben; doch ist diese Angabe auch vielleicht irrtümlich. Jedenfalls müssen doch pathologische Veränderungen des Nervensystems besonders auffallend gewesen sein, da man es zunächst mit Inunktion von Ung. hydrarg. ciner. versuchte, wohl auf die Angabe des Patienten von einer früheren spezifischen Infektion hin und im Glauben, eine Tabes vor sich zu haben. Patient erinnert sich, daß das Rombergsche Phänomen damals dermaßen stark war, daß er bei geschlossenen Augen sofort umfiel. Als diese Behandlung ohne Erfolg blieb, zog man einen Spezialisten für Nervenkrankheiten zu Rate, welcher eine Polyneuritis diagnostizierte und Strychnin verordnete, das Besserung brachte. In wechselnder Stärke sollen seitdem Beschwerden weiterbestanden haben, besonders Schwäche der Beine, die zeitweise recht unangenehm wurde, Parästhesien und dergleichen. Als Patient im Juli 1904 den Berichterstatter konsultierte, waren die Symptome einer chronischen multiplen Neuritis in ausgesprochener Weise vorhanden. Die Patellarreflexe fehlten vollkommen. Die Pupillarreaktion war absolut normal. Atrophien der Muskulatur waren nicht vorhanden.

Syphilis. Zwölf Prozent aller behandelten Eingeborenen litten an Syphilis; von ungefähr 40 Leuten, welche von einem anderen Orte zur Behandlung hierher kamen, waren 33% syphilitisch, 15% hatten Frambösie und 39% Tinea imbricata. Von Einzelfällen nenne ich ein kolossales Gumma des Rückens, das im ersten Augenblick als Sarkom imponieren konnte; infolge seiner leichten Resorbierbarkeit — es fluktuierte großenteils — war es bereits nach 30 Gramm Jodkali fast völlig verschwunden; ferner eine überaus deutliche Roseola syphilitica am Rumpf eines Mannes, welche von einem entsprechenden Leukoderm gefolgt war.

Wegen Tuberkulose wurden nur zwei Eingeborene behandelt.

Von den internierten fünf Leprösen starb einer; neue kamen nicht hinzu.

Gegen 8½% der Kranken entfielen auf Frambösie. Wie schon früher berichtet, habe ich den Eindruck, daß auch die Frambösie, ohne gleichzeitige Syphilis, ähnlich wie diese Veränderungen an den Knochen hervorrufen kann, welche sich als Verdickungen manifestieren; sehr gern an den Epiphysen, aber auch an den Diaphysen der Röhrenknochen. Gummiähnliche Bildungen habe ich in solchen Fällen nicht beobachtet. Hierzu führe ich zwei Fälle an:

Bei einem Knaben von ungefähr 2½ Jahren war eine Frambösie fast von Anfang an durch mich beobachtet worden, soweit die äußeren Umstände dies erlaubten. Das Kind war sehr kräftig und wohlgenährt, ohne Symptome von Lues, und bekam mehrfach Eruptionen typischer Frambösiegranulome, deren letzte von einer schmerzhaften Auftreibung der Femur-Epiphyse am linken Kniegelenk begleitet war. An der Mutter konnte Syphilis nicht eruiert werden. Es waren zwei lebende Kinder vorhanden, gesund bis auf die erwähnte Frambösie des älteren; keine Aborte der Totgeburten, keine Todesfälle bei jugendlichen Kindern. Der Ehemann konnte nicht untersucht werden. — Bei einem zweiten, ebenfalls recht kräftigen Knaben, dessen Vater mir bekannt und ohne manifeste Syphilissymptome war, während die Mutter nicht herbeigeschafft werden konnte, wurde eine äußerst hartnäckige, immer und immer rezidivierende Frambösie mit Granulomen während 1½ Jahren von mir beobachtet, bis schließlich noch schmerzhafte Auftreibungen beider Tibiadiaphysen hinzukamen.

Was die Exantheme bei Frambösie anlangt, so möchte ich einige Beobachtungen besprechen und, soweit möglich, durch kurze Notizen aus der Sprechstunde belegen. Freilich sind diese Beobachtungen aus äußeren Gründen lückenhaft und unvollständig, so daß ich selbst an ihre Erklärung und daran, sie zueinander in Beziehung zu setzen, nur mit Reserve herantrete. Bekannt und mit nichts zu verwechseln sind die Granulome der Frambösie. Auch darüber, daß die von mir schon im letzten Jahresbericht erwähnten blassen, wachstropfenähnlichen, lichenoiden Papeln der Frambösie angehören, dürfte kein Zweifel sein. Das Hervorgehen von Granulomen aus denselben zu beobachten hatte ich keine Gelegenheit. Die sogenannten Crab yaws und Ringworm yaws gehören zu den erwähnten Formen. Als Pian gratelle wird in Lehrbüchern kurz eine Bläscheneruption erwähnt, die der Frambösie angehören soll. Bei den Marshall-Eingeborenen begegne ich außerordentlich oft einem von ihnen dregga genannten Exanthem, welches sich als isoliert stehende, durch geringe Infiltration über das Niveau der Umgebung etwas hinausgehobene Effloreszenzen präsentiert, die mit einer dünnen, aus getrocknetem Sekret bestehenden Borke bedeckt, von einem roten, entzündlichen Hof umgeben sind und jucken. Die Effloreszenzen finden sich am zahlreichsten an den Beinen und dem Gesäß, dann an den Armen, dem Rumpf, dem behaarten Kopf, selten im Gesicht. Es scheint, als ob sie aus Bläschen hervorgehen, die nadelkopfgroß sind und zuerst wasserhellen und dann eitrigen Inhalt haben. Entweder heilen diese Effloreszenzen, die ich papulokrustös nennen will, ab, am häufigsten mit Pigmentierung oder auch mit Depigmentierung, innerhalb welcher Pigmentinseln ein ge-

schecktes Aussehen hervorbringen, oder sie bilden auch durch Konfluenz zusammenhängende Beete, die mehr oder weniger einem Ekzem gleichen. Auch ohne erst papelähnliche Infiltrate zu bilden, können die Bläschen durch Konfluenz eine flächenhafte, ekzemähnliche Hauterkrankung bilden. Je nach der Erscheinungsform wurden zunächst Ekzem, Pyodermie, Erkrankung durch tierische Parasiten, oder bei papulo-krustösen Formen gelegentlich Syphilis bei der Diagnose in Betracht gezogen, bis sich Berichterstatter schließlich am meisten dazu neigte, auf Grund von Koinzidenz oder zeitlicher Aufeinanderfolge der Exantheme in obiger Form, dieselben zueinander und alle zusammen zu der Frambösie in Beziehung zu bringen. Von den Ekzemen, auch in der Bläschenform, unterscheiden sich diese Exantheme durch die größere Neigung der einzelnen Effloreszenzen, isoliert zu bleiben, bei normaler Haut zwischen ihnen, und durch geringere Akuität. Gegen Syphilis spricht das Jucken, der wahrscheinliche Ursprung der papulo-krustösen Formen aus Bläschen, das Fehlen von Roseola usw. Die dabei fast regelmäßig vorhandenen Drüsenschwellungen und etwaige Glieder- und Kopfschmerzen sprächen ebenso für Frambösie wie für Syphilis, aber letztere gegen eine bloße Hautaffektion.

Daß manchmal der Ausschluß von Syphilis doch nicht ganz leicht ist, beweist der Fall Nr. 15 der beigelegten Notizen. Bei einem etwa 22 jährigen Mädchen wurde ein über den ganzen Körper verbreiteter Ausschlag gesehen, welcher am Rücken aus isoliert stehenden nadelkopfgroßen, eitergefüllten Bläschen bestand, an den übrigen Körperteilen das Bild eines flächenhaften Hautkatarrhs bot, besonders in den Gelenkbeugen. An den Lippen befanden sich dünne Sekretborken, in der Nasolabialfurche einige kleine Papeln, welche den bereits erwähnten lichenoiden Papelchen glichen. An einem Finger war eine rupiaähnliche Borke, unter der sich ein flaches Geschwür fand, welches nach einigen Verbänden heilte. Am Fußrücken war durch Beteiligung des Papillarkörpers am Entzündungsprozeß eine Eruption linsengroßer papulöser Effloreszenzen hervorgerufen. An den Fersen über dem Ansatz der Achillessehne fanden sich dicke Krusten. Die Patientin war abgemagert und hatte eine welke Haut, die einen unangenehmen Geruch verbreitete. Drüsen wenig geschwollen. Knochen, Rachenschleimhaut normal. Schnelle Besserung der Hautverfassung durch eine bei den erwähnten Exanthemen überhaupt mit Erfolg gebrauchte Past. salicyl. sulfur. Innerlich Arsen. Nach einigen Wochen Eruption von Pusteln auf der Hornhaut des einen Auges.

Im Anschluß an Frambösie-Eruptionen der Fußsohlen entwickelt sich daselbst recht häufig eine ganz chronische Veränderung, welche man als Hyperkeratose auf chronisch entzündlicher Grundlage bezeichnen muß. Noch nach Jahren kann man dann an

den Fußsohlen die frühere Frambösie diagnostizieren. Beschwerden macht dieser Zustand meist nicht, wenn auch gelegentlich Beseitigung desselben verlangt wird. Er ist nicht identisch mit Crab yaws und nicht zu verwechseln mit Psoriasis syphilitica. Wie früher erwähnt, sind auch tylotische Veränderungen der Handteller und Fußsohlen infolge Tinea imbricata ganz außerordentlich häufig. Wenn man schlecht heilende Frambösieulzerationen zur Überhäutung bringt, sieht man oft von einem zum anderen Tage Pusteln aufschießen innerhalb der Narbe, die sich ebenso schnell wieder in Geschwüre umwandeln; dieses Spiel kann sich zum Leidwesen von Patient und Arzt öfters wiederholen. Auch bei einem im letzten Jahresbericht erwähnten Fall ulzeröser Frambösie war es so, und überdies zeichnete sich derselbe durch kolossale Lymphdrüsenpakete am Halse aus, die sich mit vorschreitender Heilung — ohne innerliche Medikation, die bis auf Ferrum schlecht vertragen wurde — schrittweise verkleinerten. Exitus letalis durch Tuberculosis pulmonum. — Manchmal berichten die Mütter frambösiekranker Kinder über blutige Stühle oder Durchfälle derselben. Ich lasse es dahingestellt, ob da Frambösie oder eine Komplikation die Ursache ist. — Am Ende vorigen Berichtjahres sah ich bei einem Kinde auf dem rechten Fußrücken ein fünfpfennigstückgroßes Ulcus mit braunrotem Grunde, das durch eine dünne, angetrocknete Sekretschicht wie gefirnißt aussah. Das Geschwür hatte einen scharfen, wie mit dem Locheisen ausgestoßenen Rand, welcher leicht wallartig aufgeworfen war. Der Grund war nur wenig infiltriert, die Leisten- und Schenkeldrüsen waren wenig geschwollen. Ich hielt diese Stelle für den Initialaffekt einer Frambösie, konnte aber leider das Kind nicht weiter beobachten, welches später nach Aussage des Vaters „ruk", d. h. Frambösiegranulome bekommen haben soll. — Ein zweites Mal (S. Nr. 16 der Notizen) sah ich neben kleineren Granulomen ein solches von Talergröße mit vertieftem Grunde und wallartigen Rändern. Nach Angaben des Vaters konnte man in demselben den Primäraffekt der Frambösie vermuten. — Fortschreiten des Randes der Effloreszenz bei Abheilung im Zentrum, wie es als Ringworm yaws berichtet wird, wurde auch hier beobachtet, selbst wenn vermutlich keine gleichzeitige Lues-Affektion vorhanden war.

Wie schon früher erwähnt, ist bei lange bestehender Tinea imbricata die Haut oft durch Beteiligung des Papillarkörpers chronisch entzündlich verändert, lichenifiziert, was der Heilung hin-

derlich ist. Die Tinea hat große Neigung zu rezidivieren oder nach fast allgemeiner Abheilung an kleinen Bezirken zu persistieren. Die Rückfälle sind sicherlich nur teilweise auf Reinfektion durch Kleidung zurückzuführen, da man dieselben oft genug an Stellen beobachten kann, die nicht von ihr bedeckt sind. Trotz energischer Schälkuren bleiben eben wahrscheinlich oft genug Pilze in der Haut zurück.

Bei einem Geschwisterpaar wurde eine Hauterkrankung beobachtet, die als Lichen ruber planus angesehen wurde. Die Beobachtungszeit war nur eine kurze.

Im ganzen Berichtsjahr wurde nur ein Eingeborener wegen Ulcus molle behandelt.

Von Augenkrankheiten erwähne ich Conjunctivitis follicularis und jene schon früher erwähnte Bindehautentzündung, welche durch einen Bazillus verursacht wird. Sie kommt sporadisch und epidemisch vor, kann recht starke Erscheinungen und Beschwerden machen, ist aber meist auch schon vor Benutzung des Mikroskops gegen die Augen-Blenorrhoe abzugrenzen. Ein norwegischer Matrose akquirierte hier eine gonorrhoeische Urethraleiterung und kam nach wenigen Tagen mit einer auffallend starken Conjunctivitis zur zweiten Konsultation. Im Eiter der Konjunktiva wurde jedoch mikroskopisch allein jener Bazillus nachgewiesen. Die Blenorhoea neonatorum wurde gewöhnlich durch den Gonococcus, nur einmal durch das Stäbchen verursacht.

Enukleiert wurde einmal eine Epithelialcyste der Hohlhand, die von beträchtlicher Größe und zwischen Metakarpus des Daumens und Zeigefingers nach dem Handrücken zu gewachsen war.

Einige schwere Streptokokken-Phlegmonen sind erwähnenswert.

Die früher nur bei Frauen beobachtete und im letzten Jahresbericht beschriebene außerordentliche Beweglichkeit der Gelenke wurde auch bei einem Manne gefunden. Man wird leicht darauf aufmerksam durch das auffällige Hervorspringen des Capitulum ulnae mit tiefer Einsenkung zur Handwurzel.

Krankengeschichte betreffs Beri-Beri.

21. April 1904. Männlicher, kräftiger Eingeborener, etwa 33 Jahre alt. Anamnestische Angaben ungenau, wechselnd, unzuverlässig, wie bei allen Eingeborenen hierselbst. Hat die Marshallinseln nie verlassen.

Vor etwa 1 Monat schmerzhafte Anschwellung des linken Fußrückens. Seit dieser Zeit habe er auch an Herzklopfen, Schmerzen in der Herzgegend und in beiden Schulterblättern gelitten. Wie weit sonstige Gesundheitsstörungen vorhanden, nicht zu erfragen. „Seit 8 oder 14 Tagen oder 3 Wochen," so lauten die Angaben, Gehstörungen. Patient klagt hauptsächlich über das linke Bein. Er ist verheiratet und hat 3 Kinder; eins ist, 2 Monate alt, gestorben. Schanker will er nie gehabt haben, dagegen mehrmals Tripper.

Mühsamer Gang mit gespreizten Beinen; Füße kleben am Boden, werden mühsam gehoben, nach vorn geschleudert und stampfend niedergesetzt. Beim Kehrtmachen starkes Schwanken. Romberg schwach. Kein Ödem. Muskeln und Wade auf Druck nicht schmerzhaft. Hautgefühl deutlich herabgesetzt, wenn auch Patient sich bei der Untersuchung sehr ungeschickt anstellt; besonders an der Innenseite der Unterschenkel und am Fußrücken. Taubes Gefühl im linken Bein, den Ischiadicus entlang. Bauchdecken-, Cremaster-, Fußsohlenreflexe fehlen. Patellarsehnenreflexe beiderseits lebhaft gesteigert. Lebhafte Achillessehnenreflexe, links Fußklonus. Schlaffe Lähmung beider Beine. Patient kann die Beine nicht heben, hilft mit den Händen nach. Rohe Kraft im linken Bein stärker vermindert als im rechten. Atrophie nicht erkennbar. Tricepssehnenreflex schwach vorhanden. Sonstige Sehnen- und Periostreflexe fehlen. Pupillarreaktion normal; Geschlechtsfunktionen, Harn- und Stuhlentleerung anscheinend normal. Wirbelsäule beim Beklopfen nicht schmerzhaft. Elektrische Untersuchung aus äußeren Gründen nicht möglich. Herzgrenzen nicht verbreitert. An Herzspitze und über die Mitralklappe hinaus systolisches Geräusch. Zweiter Pulmonalton verstärkt. Puls ziemlich klein, 80 bis 100 Schläge in der Minute; Frequenz erhöht sich um 20, wenn Patient einige Schritte geht. — In der rechten Leistenbeuge harter, indolenter, hühnereigroßer Bubo. Patient scheint nicht zu wissen, wann derselbe entstand und gibt bald einige Tage, bald einige Wochen des Bestehens an. Sonst keine Drüsenschwellungen oder sonstige Zeichen von Syphilis. Milz nicht vergrößert. Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, enthält einige Filamente. Temperatur etwas erhöht (37,5 in der Achselhöhle 2 h. p. m.).

25. April. Anästhesie am linken Bein geringer, hochgradig am rechten Unterschenkel, Oberschenkel, rechter Bauchseite. Brust normal, Arme ebenso. Patellarreflexe sehr lebhaft. Bauchdecken-, Cremasterreflex fehlen. Motorische Lähmung scheint noch etwas stärker zu sein.

2. Mai. Schmerzen in Schultern und linkem Bein verschwunden. Patellarreflex rechts weniger lebhaft. Gefühl im rechten Bein erheblich besser. An rechter Bauchseite noch ziemlich starke Anästhesie. Gang mit rechtem Bein besser. Links lebhafter Patellarreflex und Fußklonus.

5. Mai. Katarrhalische Symptome. Temperatur 38,2 (9 h. a. m.). Neuritische Symptome erheblich geringer.

21. Mai. Patellarreflexe deutlich, aber nicht erhöht. Fußklonus verschwunden, ebenso Achillessehnenreflex. Hautgefühl normal. Noch

Schwäche in den Beinen. Gang etwa normal. Atrophie nicht zu bemerken. Lautes blasendes Geräusch, systolisch, über Herzspitze. Sehr verstärkter, klappernder zweiter Pulmonalton.

15. Juni. Patient erscheint, weil der Bubo und die ihn bedeckende Haut nekrotisch geworden ist. Im Sekret kolossale Mengen eines Diplokokkus fast in Reinkultur.

Notizen über Exantheme und Knochenentzündungen, die vielleicht auf Frambösie zurückzuführen sind.

1. Mutter: Tinea imbricata.

2. Ihre Tochter: A., 2 Jahre alt. Typische Frambösiegranulome.

3. Ihre Tochter: B., 5 Jahre alt. Reste von Frambösiegranulomen. Allgemeine Drüsenschwellungen. Schmerzen in den Armknochen.

4. Ihre Tochter: C., 10 Jahre alt. Juckendes papulo-krustöses Exanthem in den Beinen und an einem Ellbogen. Hat früher „ruk" (Frambösiegranulome) gehabt. Kräftiges Kind. Gesunde, regelmäßige Zähne.

5. Knabe, 7 Jahre alt. Soll 5 oder 6 lebende kräftige Geschwister haben. Vor einigen Jahren „ruk". Zur Zeit lichenoide und größere Papeln an Ellbogen, Knieen, Gesäß. Allgemeine Drüsenschwellungen. Starke Auftreibung des linken Humerus. Starke, wohlgebildete Zähne. Augen und Ohren normal. Eltern nicht zur Stelle.

6. Knabe, etwa 6 Jahre alt. Blutige Stühle. Frambösiegranulome an Mundwinkeln und Nagelrändern der Finger. Pigmentierungen am Rumpf. Sudaminaähnliches Exanthem am Halse. Multiple Drüsenschwellungen. Zähne unregelmäßig gebildet, freier Rand der unteren Schneidezähne gekerbt. Kein Hutchinson.

7. Weib, 16 Jahre alt. Ausgebreitete Eruption papulo-krustöser Efflorenszenzen, die jucken und teilweise einen entzündlichen Hof haben, hauptsächlich an Beinen und Gesäß. Heilen mit starken Pigmentierungen ab. Kopfschmerzen und Schmerzen in den Schienbeinen.

8. Weib, 18 Jahre alt. Papulo-krustöses Exanthem an den Beinen, massenhaft am Gesäß, einzeln an den Ellbogen, juckt; hellroter Saum. Mäßige Infiltration, nirgends deutliche Granulombildung. Pigmentierungen am Stamm. Starke Auftreibung der Diaphysis tibiae sin. Rachen normal. Zähne gesund. Gibt an, „ruk" nicht gehabt zu haben.

9. Mädchen, 7 Jahre alt. Typische Granulome in den Achselhöhlen. Außerdem „wieder die bekannten" wenig infiltrierten, mit einer Kruste bedeckten Exkoriationen am Gesäß, an den Ellbogen, Knieen, Fußrücken. Keine Drüsenschwellungen. Hatte vorher Schmerzen in den Armen.

10. Mädchen, 10 Jahre alt. Dieselben papulo-krustösen Effloreszenzen am Gesäß und an den Knieen. Auftreibung des unteren Drittels einer Tibia.

11. Mädchen, 5 Jahre alt. Typische Granulome an Stamm und Extremitäten. Starke Auftreibung der Epiphysen an den Unterarmen und

Unterschenkeln. Kariöse Zähne. Von den oberen Schneidezähnen nur noch die Wurzeln vorhanden, die unteren am freien Rande gekerbt. Kein Hutchinson. Drüsenschwellungen. Familienangehörige nicht zur Stelle.

12. Säugling. Nadelkopfgroße, isolierte Bläschen mit wasserhellem Inhalt an den Extremitäten; zum Teil schon eitrig getrübt. Scheint zu jucken und Kratzen zu veranlassen. Alsdann Exkoriationen mit geröteter Umgebung, deren Grund sich durch mäßige Infiltration über das Niveau der Umgebung erhebt und mit angetrockneter Kruste bedeckt ist. Heilt mit Pigmentierung.

13. Frau, 40 Jahre alt. Exanthem, über den ganzen Körper verbreitet, befindet sich in verschiedenen Stadien. Es gleicht je nachdem einer vesikulösen Eruption, einer Pyodermie, einem Ekzem. Beginnt (anscheinend) mit wasserhellen Bläschen, die nadelkopfgroß sind, jucken, deren Inhalt sich eitrig trübt, und die nach Verlust der Epidermisdecke einen nässenden, gelbrötlichen Grund zurücklassen. Hellroter Saum, geringe Infiltration und Erhebung des Grundes über seine Umgebung. Krustenbildung. Heilung mit Pigmentierung oder Konfluenz der flacherhabenen Effloreszenzen zu Plaques, besonders an Fußrücken und Handgelenken, wo sie teilweise aus Rissen eitriges Sekret absondern. Nach der Heilung entweder Pigment-Fleck, wie erwähnt, oder depigmentierte Stellen mit eingestreuten Pigmentinseln (gescheckter Grund). Im eitrigen Inhalt der Bläschen Diplokokken mit Neigung zur Kettenbildung (offenbar sekundäre Infektion).

14. Knabe, 2 Jahre alt. Flachpapulöses, stark juckendes, zum Teil nässendes Exanthem. Begann am behaarten Kopf. Am stärksten der Hals befallen, dann Gesäß, Beine, Leistenbeugen. Papeln an Gesäß und Fußrücken linsengroß, exkoriiert. Am Halse dieselben konfluiert, nässend; gleichen einem Ekzem. Mund, Nase, Finger frei. Am Bauch nadelspitz- bis nadelkopfgroße, blasse, wachstropfenähnliche, lichenoide Papelchen; teilweise rosa gefärbt oder mit kleiner Blutborke bedeckt. An den Fußsohlen Frambösiegranulome („ruk").

15. Frau, 23 Jahre alt. Dasselbe, oben beschriebene papulo-krustöse Exanthem, mit ausgesprochen entzündlicher Röte; juckt, heilt mit Pigmentierungen. Die eine Effloreszenz ist leicht erhaben, lividrötlich, leicht schuppend, sehr wenig infiltriert und hat nierenförmige Gestalt. An einigen Stellen ringförmige Effloreszenzen gleicher Art. Im Gesicht, hauptsächlich in der Nasolabialfurche, jene kleinen lichenartigen Effloreszenzen. Kopf-, Rücken-, Knochenschmerzen. Starker eitriger Ausfluß ex vulva. In der hinteren Kommissur zweimarkstückgroßer Ulcus ohne merkliche Infiltration. Leistendrüsen sehr wenig geschwollen. Die beiden kleinen Kinder der Frau haben Frambösie; das ältere unter anderem ein großes Granulom im linken Nasenloch. — Der Mann der Frau hat am Halse eine kolossale schwimmhautartige Narbe, die nach seiner Angabe in der Kindheit durch „ruk" (Frambösiegranulome) entstanden ist. Zur Zeit sind am Arme und an den Unterschenkeln einige linsengroße krustöse Effloreszenzen vorhanden. In der Gegend des Poupartschen Bandes be-

findet sich in einer Leistenbeuge eine kleine Narbe. Am Penis nichts Abnormes. Allgemeine Drüsenschwellungen. Knochen, Mund- und Rachenschleimhaut normal.

16. Mädchen, 2½ Jahre alt. Typische Granulome über den ganzen Körper verstreut, hauptsächlich Inguinal-, Analgegend und Hals. Am behaarten Kopf impetiginöse Form des Exanthems. Im Gesicht isoliert sitzende Exkoriationen mit dünner Kruste, rundlich, linsengroß. Außerdem stellenweise die oben beschriebenen lichenoiden Papeln. Am Rücken talergroßes Granulom, angeblich die erste Effloreszenz (Primäraffekt?). Heiserkeit, Diarrhöe.

VII. Samoa.

(Berichterstatter Regierungsarzt Dr. Schwesinger.)

Gesundheitsdienst und Heilpersonal.

Im April zog ein neuer deutscher Arzt (Dr. H. Klee - Berlin) und ein deutscher approbierter Apotheker (G. Sabiel-Sydney) zu, im Mai traf für das Regierungs-Hospital eine dritte Krankenschwester ein. Ein neuseeländischer Zahnarzt (Mr. Davies-Auckland) versah in diesem Jahre wieder von August bis Januar die Praxis in Apia. Ein für das Anwerbeschiff der Deutschen Handels- und Plantagen-Gesellschaft im Februar neu eingetroffener Heilgehilfe starb einige Tage nach seiner Ankunft in Samoa.

Vom 1. Juli ab wurde der hafenärztliche Dienst in Apia dem Regierungs-Arzte überwiesen, im November dem Regierungs-Hospitale ein Assistent zugeteilt, um den Regierungs-Arzt in Verwaltung, Schriftverkehr und Sanitätsdienst zu unterstützen.

Mit Rücksicht auf die hier bereits im November erwartete Einfuhr chinesischer Arbeiter in größerem Umfange wurde auf dem Hospitalgrunde eine neue Krankenbaracke mit zunächst 14 Krankenstellen erbaut, die ferner eine Teeküche, einen Wärterraum und zwei Isolierzellen enthält. Für eventuell nötige Verlängerung der Baracke ist Vorsorge getroffen. Sie liegt zwischen Europäer- und Eingeborenen-Hospital und ist seit Dezember für Chinesen in Benutzung genommen.

Am 1. Januar wurde die Poliklinik im neuen Eingeborenen-Hospital untergebracht. Ebenda befindet sich jetzt ein Dienstzimmer für die Verwaltung und den Regierungs-Arzt und ein Zimmer für Arznei-Verband- und Pflegemittel-Reserve. Die im oberen Geschosse vorhandenen zwei Wohnräume sind als Dienstwohnungen angewiesen.

Von den vier als Krankenbaracken geplanten Samoahäusern ist im Monat März das erste bereitgestellt worden.

Die Unterkunftshäuser auf dem Lanutoo waren der ungünstigen Witterung wegen nur zu kürzeren Aufenthalten besucht gewesen.

Die Abteilung Apia des Deutschen Frauen-Vereins für Krankenpflege in den Kolonien hat auch dieses Jahr wieder einen größeren Geldbetrag für Armenpflege an Weiße verwendet.

Impfung.

Die Schutzpocken-Impfungen der Eingeborenen konnten in diesem Jahre nicht fortgesetzt werden, da der Regierungs-Arzt von Apia nicht abkömmlich war. Im Oktober wurden von dem Arzte der Deutschen Handels- und Plantagen-Gesellschaft 143 neu eingeführte melanesische Arbeiter (93% Erfolg) und bei dieser Gelegenheit auch 33 der fremden Bevölkerung angehörige Personen (8 Erwachsene und 25 Kinder) mit Schutzpocken geimpft.

Gesundheitszustand und Krankenbewegung.

Infolge der dieses Jahr schon im letzten Drittel des Mai einsetzenden kühlen Nächte und Stärke des Passats begannen die grippenartigen Erkrankungen ebenfalls früher aufzutreten. Sie hielten bis Mitte August an, erreichten weitere Höhepunkte in der letzten November- und ersten Dezember-Woche und während des Februars. Mitte Oktober trat im Eingeborenendorf Mulinuu bei Apia eine Hausendemie von Windpocken auf, die sich auf vier Fälle beschränkte.

Im Regierungs-Hospitale wurden im ganzen 456 Personen mit 4849 Behandlungstagen behandelt, die sich folgendermaßen verteilen

	Europäer		Polynesier		Chinesen		Melanesier		Summe	
	Hospital	Poliklinik	Hospital	Poliklinik	Hospital	Poliklinik	Hospital	Poliklinik	Hospital	Poliklinik
Gouvernements-Angestellte . .	5	12	3	149	5	41	.	.	13	202
Polizeitruppe	.	.	1	59	.	.	.	.	1	59
Gefangene	.	.	.	119	4	7	.	.	4	126
Private	30	.	1	14	3	2	.	1	34	17
Summe . . .	35	12	5	341	12	50	.	1	52	404

und sich auf die aus der anliegenden Übersicht ersichtlichen Krankheiten erstrecken:

Anlage.

Übersicht

der im

Regierungs-Hospitale in Apia im Berichtsjahre 1904 behandelten Kranken.

Krankheitsgruppen	Europäer	Polynesier	Chinesen	Melanesier	Summe
I. Entwicklungs-Krankheiten.					
Angeborene Lebensschwäche	1	.	.	.	1
Testiculus tertius	.	1	.	.	1
Altersschwäche	.	1	.	.	1
Schwangerschaft und Geburt	2	.	.	.	2
Frühgeburt	1	.	.	.	1
II. Infektions- und parasitäre Krankheiten.					
Windpocken	.	1	.	.	1
Influenza	1	71	6	.	78
Tuberkulose	1	3	1	.	5
Paratyphus	1	.	.	.	1
Pyämie	2	.	.	.	2
Ruhr	.	.	1	.	1
Gonorrhoe	.	1	.	.	1
Bubo	1	1	.	.	2
Syphilis	1	10	2	.	13
Herpes tonsurans	1	1	1	.	3
III. Sonstige allgemeine Krankheiten.					
Blutarmut	.	2	.	.	2
Organische Gifte:					
Insektenstich	.	1	2	.	3
Nikotin	.	1	.	.	1
Opium z. Beob.	.	.	1	.	1
Krebs des Magens	.	1	.	.	1
IV. Örtliche Krankheiten.					
A. Des Nervensystems.					
Mania	.	1	.	.	1
Verwirrtheitszustände	1	.	.	.	1
Dementia paralytica	1	.	.	.	1
Summe der Seite	14	96	14	.	124

Krankheitsgruppen	Europäer	Polynesier	Chinesen	Melanesier	Summe
Übertrag . . .	14	96	14	.	124
Neuralgie (Ischias usw.)	.	8	.	.	8
Migräne	.	1	.	.	1
Epilepsie	.	2	.	.	2
Neurasthenie	2	2	.	.	4
B. Der Atmungsorgane.					
Nasenkatarrh	.	1	1	.	2
Kehlkopfkatarrh	.	1	.	.	1
Akute Bronchitis	.	36	1	.	37
Bronchiektasie	.	.	1	.	1
Lungenemphysem	.	7	3	.	10
Katarrhalische Lungenentzündung .	.	1	1	.	2
Hämoptoe	.	2	.	.	2
Brustfellentzündung, trockene . . .	.	2	.	.	2
„ , seröse	.	1	.	.	1
C. Der Kreislauforgane.					
Fettherz	.	2	.	.	2
Herzneurosen	.	2	.	.	2
Arteriosklerose	.	1	.	.	1
Lymphdrüsen(-Vereiterung, -Entzündung)	1	2	1	.	4
D. Der Verdauungsorgane.					
Zahnkrankheiten	.	4	5	.	9
Halsentzündungen (Rachenkatarrh, Angina)	4	4	1	.	9
Magenkatarrh	2	21	.	.	23
Magenkrampf	.	1	.	.	1
Darmkatarrh	1	5	1	.	7
Brechdurchfall	1	.	.	.	1
Verstopfung	.	8	1	.	9
Beuche	1	.	.	.	1
E. Der Harn- und Geschlechts-Organe.					
Nierenentzündung	.	.	1	.	1
Harnröhrenverengerung	1	.	.	.	1
Parametritis	1	.	.	.	1
F. Der äußeren Bedeckungen.					
Krätze	.	.	2	.	2
Ekzeme	.	14	1	.	15
Seborrhoe	.	2	.	.	2
Hyperhidrosis	.	1	.	.	1
Furunkulosis	1	9	.	.	10
Zellgewebsentzündung	2	17	5	.	24
Panaritium	.	2	1	.	3
Summe der Seite . . .	31	255	40	.	226

Krankheitsgruppen	Europäer	Polynesier	Chinesen	Melanesier	Summe
Übertrag . . .	31	255	40	.	226
Eingewachsener Nagel	.	.	1	.	1
Fußgeschwür	3	7	9	.	19
G. Der Bewegungsorgane.					
Muskelrheumatismus	3	15	.	.	18
Sehnenscheidenentzündung (Ganglion, Bursitis)	1	3	.	.	4
Gelenkentzündung (Hydarthros., Gelenkeiterung)	1	.	1	.	2
Chronischer Gelenkrheumatismus . .	1	2	.	.	3
H. Des Ohres.					
Entzündung des äußeren Gehörgangs	1	2	.	.	3
„ der Paukenhöhle . . .	.	3	.	.	3
J. Der Augen.					
Bindehautentzündungen	.	4	1	.	5
Hornhauterkrankungen (Keratitis, Ulcus corneae)	.	3	.	.	3
Katarakt	.	1	.	.	1
Glaukom	.	1	.	.	1
Sehnervatrophie	.	.	1	.	1
Simulation von Amaurose	.	1	.	.	1
K. Verletzungen und andere äußere Einwirkungen.					
Quetschungen und Zerreißungen . .	3	15	4	.	22
Knochenbrüche (der oberen Gliedmaßen, Wirbelsäule)	1	1	.	.	2
Wunden (Hieb, Stich, Schnitt) . .	2	11	5	.	18
Verbrennung	.	1	.	.	1
V. Anderweitige Krankheiten.					
Filariakrankheiten	.	18	.	.	18
Framboesia tropica	.	2	.	1	3
Übermüdung	.	1	.	.	1
Summe . . .	47	346	62	1	456

Farbige Arbeiterverhältnisse.

Chinesen. Die Zahl der im Schutzgebiete eingeführten Chinesen betrug zu Beginn des Berichtjahres 276. Von diesen starben im Laufe des Jahres 3 = 1,1% gegen 4,2% im Vorjahre; als Todesursache waren verzeichnet je einer an Asthma, Dysenterie und Influenza (= Nephritis). Beri-Beri, Lepra u. ä. sind bis jetzt unter den Chinesen nicht beobachtet worden.

Melanesier. An melanesischen Arbeitern waren zu Beginn des Jahres 770 vorhanden; dazu trafen im Juni 154, im Januar 161, in Summe 315 weitere ein. Heimbefördert wurden Ende Juli 173, Mitte Februar 93, in Summe 266. Von dem Bestande in Samoa starben 35 (davon acht in ärztlicher Behandlung). Als Todesursachen sind gemeldet: Influenza 2 (2), Dysenterie 3 (2), Malaria 2, Tuberkulose (Skrophulose, Schwindsucht) 20 (2), Gehirnhautentzündung 2 (2), Syphilis 1, Magengeschwür 1, Muskelschwund 1, Herzschlag 1, mechanische Einwirkungen 2.

Polynesier. Im Juni trafen für die Safata-Gesellschaft 40 und im gleichen Monat 50 Niue-Arbeiter für das Gouvernement ein. Über die ersteren liegen keine für diesen Bericht verwendbaren Angaben vor.

VIII. Arbeiten

auf tropenmedizinischem und tierärztlichem Gebiete, welche im Jahre 1904/05 von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten usw. abgefaßt bzw. mit Unterstützung der Kolonial-Abteilung des Auswärtigen Amts und des Oberkommandos der Kaiserlichen Schutztruppen entstanden sind.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Geh. Med.-Rat, Prof. Dr. Brieger und Dr. M. Krause	Über Lanzengift aus Kamerun	Zeitschrift für exp. Pathologie und Therapie, I. Band
Dr. Diesing, Stabsarzt	Ein Immunisierungsversuch gegen die Tsetse-Krankheit der Rinder in Kamerun	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Dr. Feldmann, Stabsarzt	Über Filaria perstans im Bezirk Bukoba (II. Teil)	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Dr. Friedrichsen in Sansibar	Gesundheitsbericht für die Monate April bis Juni 1904	Desgl.
Dr. R. Freund	Über Abyssinin und sein Vergleich mit einigen Digitalis-Präparaten	Zeitschrift für exp. Pathologie und Therapie, 1905, I. Band
Dr. Hillebrecht, Oberarzt	Über ruhrartige Erkrankungen in Deutsch-Südwestafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Dr. Hintze, Regierungsarzt	Chininprophylaxe in Togo	Desgl.
Dr. Krueger, Regierungsarzt	Bericht über die Schlafkrankheit in Togo	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1904
Derselbe	Malaria-Prophylaxe durch Einnehmen von Chinin	Desgl., 1905
Geh. Med.-Rat, Prof. Dr. Koch, Berlin	Über die Trypanosomenkrankheiten (Vortrag)	Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1904, Nr. 47
Derselbe	Vorläufige Mitteilungen über Ergebnisse einer Forschungsreise nach Deutsch-Ostafrika	Desgl.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Geh. Med.-Rat, Prof. Dr. Koch, Berlin	Über die Unterscheidung der Trypanosomenarten	Sitzungsprotokolle der Königl. Preuß. Akademie der Wissenschaften, 1905
Dr. Max Krause, Berlin	Untersuchungen über Pfeilgifte aus unseren afrikanischen Kolonien	Verhandlungen des Deutschen Kolonialkongresses, 1905
Derselbe	Vergleichende Untersuchungen über Pfeilgift - Glykoside und andere Glykoside der Digitalisgruppe mit Hilfe des Brechungs-Exponenten und der Dispersion	Zeitschrift für exp. Pathologie und Therapie, 1905, I. Band
Dr. Kudicke, Oberarzt	Ein Beitrag zur Kenntnis der menschlichen Trypanosomenkrankheit	Zentralblatt für Bakteriologie usw., 1905
Dr. Kuhn, Stabsarzt	Skizzen aus dem Sanitätsdienst in Südwestafrika zur Zeit des Hererokrieges	Zeitschrift des Roten Kreuzes, 1905
Derselbe	Über das Militärsanitätswesen in Deutsch-Südwestafrika usw.	Militärwochenblatt, 1905, Nr. 71
Dr. Külz, Regierungsarzt	Zur Hygiene des Trinkens	Deutscher Guttempler Nr. 20, 1904, Flensburg
Derselbe	Weitere Beiträge zur Malaria-Prophylaxe durch Chiningebrauch in Anecho	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Derselbe	Pockenbekämpfung in Togo	Desgl.
Derselbe	Die hygienische Beeinflussung der schwarzen Rasse durch die weiße in Togo	Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, 1905
Dr. Martin, Regierungsarzt	Symmetrische Handrückenlipome bei Togonegern	Münchener Medizinische Wochenschrift, 1905
Dr. Martini, Regierungsarzt	Untersuchungen über die Tsetsekrankheit zwecks Immunisierung von Haustieren	Zeitschrift für Hygiene usw., 1905
Meixner, Oberstabsarzt, und Dr. Kudicke, Oberarzt	Chininprophylaxe in Deutsch-Ostafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Dr. Steudel, Oberstabsarzt	Die Entstehung und Verbreitung des Typhus in Südwestafrika und die bisherigen Erfolge der Typhusschutzimpfung	Verhandlungen des Deutschen Kolonialkongresses, 1905
Derselbe	Das Sanitätswesen in Südwestafrika, 1904	Roths Jahresbericht 1904

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Schian, Generaloberarzt	Die Bekämpfung des Typhus unter der Schutztruppe in Südwestafrika im Hererofeldzuge 1904/05	Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, 1905
Dr. C. Schilling, Berlin	Versuche zur Immunisierung gegen die Tsetse-Krankheit in Togo	Deutsches Kolonialblatt, 1905
Dr. Werner, Stabsarzt	Anthropologische, ethnologische und ethnographische Beobachtungen über die Heikum- und Kungbuschleute nebst einem Anhang über die Sprachen dieser Buschmannstämme	Archiv für Anthropologie und Ethnologie
Dr. Ziemann, Marine-Oberstabsarzt und Regierungsarzt	Beitrag zur Filaria-Krankheit der Menschen und Tiere in den Tropen	Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1905
Derselbe	Über die sogenannte Kieferkrankheit der Pferde und Maultiere in Kamerun	Archiv für wissenschaftliche und praktische Tierheilkunde, 1905
Derselbe	Über Corma cutanea bei Ziegen Westafrikas	Desgl.
Derselbe	Über „Mélŭng" (Betǎ bei den Duala-Negern), eine eigenartige Hautkrankheit der Neger in Westafrika	Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1905
Derselbe	Über eitrige Perforationsperitonitis und Spulwürmer (Ascaris lumbricoides) bei einem Neger	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1905
Derselbe	Beitrag zur Verbreitung der Ixoditen und Glossinen in Westafrika	Desgl.
Derselbe	Beitrag zur Verbreitung der blutsaugenden Tiere in Westafrika	Desgl.
Derselbe	Zur Trypanosomenfrage	Zentralblatt für Bakteriologie usw., 1905
Derselbe	Hygienische wirtschaftliche Probleme in Kamerun	Marine-Rundschau, 1905
Kolonial-Abteilung, Med.-Referat.	Culicidenfauna von Kamerun und Togo und Bemerkungen über Sammeln usw. von Culiciden	Deutsches Kolonialblatt, 1905.

Gedruckt in der Königlichen Hofbuchdruckerei von
E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

al-Berichte über die Deutschen Schutzgebiete 1904