Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

DFG-Projekt "Digitale Sammlung Deutscher Kolonialismus"

1911/12

Visual Library

Medizinal-Berichte

über die

Deutschen Schutzgebiete

1911/12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG

Der
Staatsbibliothek Bremen
geschenkt von
Der Buchhandlung

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG

IX. c. 61/90.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

Medizinal-Berichte
über die Deutschen Schutzgebiete

Deutsch-Ostafrika, Kamerun, Togo,
Deutsch-Südwestafrika, Deutsch-Neuguinea,
Karolinen, Marshall- und Palau-Inseln und Samoa

für das Jahr 1911/12

Mit 9 Skizzen im Text und 15 Abbildungen

Herausgegeben vom
Reichs-Kolonialamt.

1927: 3162

BERLIN 1915
Ernst Siegfried Mittler und Sohn
Königliche Hofbuchhandlung
Kochstraße 68—71.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG

FG 0600 - 1911/12

STAATSBIBLIOTHEK BREMEN

IX. c. 6190 - 1911/12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

DFG

Inhaltsverzeichnis.

I. Deutsch-Ostafrika.

Seite

I. Allgemeines 1

1. Sanitätspersonal 1
2. Sanitäre Einrichtungen 3
3. Unterkunft 13
   A. Europäer 13
   B. Farbige 17
4. Verpflegung 19
   A. Europäer 19
   B. Farbige 24
5. Wasserversorgung 33
   Wilhelmstal S. 33, Amani S. 33, Tanga S. 33, Muhesa, Pangani, Bagamoyo, Daressalam S. 34, Mohoro, Kilwa, Lindi, Ssongea, Moschi S. 35, Neu-Moschi, Aruscha, Mpapua S. 36, Kondoa-Irangi, Morogoro S. 37, Kilossa, Iringa S. 38, Mahenge S. 38, Neu-Langenburg, Massoko, Kissenji, Muansa S. 39, Schirati, Kilimatinde, Bismarckburg, Udjidji S. 40, Usumbura S. 40, Bukoba S. 41.
6. Abfuhrwesen, Latrinen 41
7. Boden 50
8. Klima 56
9. Begräbniswesen 69
10. Organisation des Sanitätswesens 73

II. Gesundheitsdienst 76

11. Seuchenbekämpfung 76
    1. Pocken S. 76. — 2. Pest S. 78. — 3. Malaria S. 83. — 4. Schlafkrankheit S. 94. — 5. Wurmkrankheit S. 100. — 6. Lepra S. 109. — 7. Typhus S. 109. — 8. Ruhr S. 110. — 9. Rückfallfieber S. 111. — 10. Genickstarre S. 113. — 11. Windpocken S. 114. — 12. Keuchhusten S. 114. — 13. Framboesie S. 115. — 14. Tuberkulose S. 115. — 15. Bilharziosis S. 117. — 16. Darmparasiten S. 118.
12. Tätigkeit wissenschaftlicher Anstalten 119
    a) des Laboratoriums in Daressalam 119
    b) des chemischen Laboratoriums 124
13. Wissenschaftliche Tätigkeit einzelner Sanitätsdienststellen 125
    1. Untersuchungen über die physische Leistungsfähigkeit der Stämme Mwassi, Mangati, Ufiome und Mrangi 126
    2. Mikroskopische Blutuntersuchungen 134
    3. u. 4. Desgl. 135
    5. Ortschaftsstatistik 135
    6. Ernährung 136
    7. Feststellung über Eingeweidewürmer 136
14. Gesundheitsverhältnisse einzelner Stationen 136
    Wilhelmstal S. 136. — Tanga S. 137. — Daressalam S. 137. — Mohoro S. 138. — Kilwa S. 139. — Kibata S. 139. — Liwale S. 139. — Tschole S. 139. — Ssongea S. 139. — Aruscha S. 140. — Moschi S. 140. — Kondoa-Irangi S. 141. — Morogoro S. 141. — Kilimatinde, Singidda S. 142. — Mahenge S. 142. — Iringa S. 143. — Muansa S. 143. — Udjidji S. 146. — Urambi S. 146. — Usumbura S. 147. — Kissenji S. 148. — Bukoba S. 149.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Seite

15. Gesundheits- und Krankendienst bei größeren privaten Unternehmungen ... 151
A. beim Bau der Mittellandbahn ... 151
B. beim Bahnbau der Usambara-Eisenbahn ... 153
C. beim Krankenhaus des Berliner Vereins für ärztliche Mission in Kidugala ... 157
16. Soziale Hygiene ... 159
a) Trägerfürsorge ... 159
b) Arbeiterfürsorge ... 161
c) Gefangenenfürsorge ... 165
d) Prostitution ... 169
e) Geisteskrankenfürsorge ... 174
17. Bevölkerungsstatistik ... 174
a) Akklimatisation ... 174
b) Familien- (Nachwuchs-) Statistik der Eingeborenen ... 180
c) Nachweisung der geisteskranken Europäer ... 184
d) Nachweisung der geborenen und gestorbenen Europäerkinder 184
e) Nachweisung der verstorbenen Europäer ... 184

III. Krankendienst ... 185
18. Krankenbewegung ... 185
19. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten ... 185
1. Gouvernementskrankenhaus Daressalam ... 185
2. » Tanga ... 186
3. Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam ... 188
20. Kasuistik ... 189
1. Malaria und Schwarzwasserfieber ... 189
2. Dysenterie und Leberabszesse ... 195
3. Rückfallfieber ... 197
4. Unterleibstyphus ... 198
5. Fünf- bzw. Siebentagefieber ... 199
6. Variolois ... 200
7. Syphilis ... 200
8. Verkrümmung der Wirbelsäule und Gibbus ... 201
9. Tetanie ... 201
10. Herzklappenfehler und Aneurysma ... 202
11. Larynxödem ... 203
12. Harnröhrenverschluß durch Steine ... 203
13. Madurafuß ... 204
14. Balantidium coli ... 204
15. Verletzungen aller Art ... 204
16. Hirnabszesse ... 207
17. Schlangenbiß ... 207
18. Idiosyncrasie gegen Quecksilber ... 208
19. Berichte über Behandlung mit Salvarsan ... 208
20. Gutartige Geschwülste ... 215
21. Bösartige Geschwülste ... 220
22. Operationen ... 222
21. Krankendienst bei großen privaten Unternehmungen ... 224
A. Europäer ... 224
B. Krankendienst bei den Eingeborenen ... 226
Kasuistik der Eingeborenenkrankheiten ... 231

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen ... 234
» 2. Übersicht über den Krankenzugang auf den einzelnen Stationen 243
» 3. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen (Gouvernementskrankenhaus Daressalam) ... 244
» 4. Desgl. (Gouvernementskrankenhaus Tanga) ... 252

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Seite

Anlage 5. Übersicht der während des Berichtsjahres ausgeführten Impfungen und Wiederimpfungen ... 260
» 6. Nachweisung über Lymphgewinnung ... 264
» 7. Nachweisung über die im Institut für Seuchenbekämpfung zu Daressalam ausgeführten Untersuchungen ... 272
» 8. Nachweisung über die im Gouvernementskrankenhause Tanga gemachten Untersuchungen ... 273
» 9. Nachweisung über die Malariafeststellungen in Daressalam .. 274
» 10. Nachweisung über die Blutuntersuchungen bei der Malariabekämpfung in Tanga ... 276
» 11. Nachweisung der von den Hebammenschwestern des Deutschen Frauenvereins vom Roten Rreuz für die Kolonien geleiteten Geburten ... 277
» 12. Übersicht über die von den Hebammenschwestern des Nyassabundes geleiteten Geburten ... 280
» 13. Nachweisung über die in Deutsch-Ostafrika bei Europäern festgestellten Geisteskrankheiten ... 281
» 14. Nachweisung über die in Deutsch-Ostafrika geborenen und gestorbenen Kinder von Europäern ... 282
» 15. Nachweisung über die verstorbenen Europäer ... 283
» 16. Nachweisung über Rattenvertilgung in Deutsch-Ostafrika 286
» 17. Nachweisung der während der Pestbekämpfung in Muansa gesammelten und im Kgl. Zoologischen Museum in Berlin bestimmten Ratten ... 287
» 18. Nachweisung der bei der Leichenschau in Daressalam ermittelten Todesursachen ... 288
» 19. Übersicht über die im Schutzgebiet ausgeführten wichtigeren Operationen ... 289
» 20. Nachweisung der in Deutsch-Ostafrika festgestellten Leprakranken sowie der vorhandenen Lepraheime und Lepradörfer nach dem Stande vom 1. April 1912 ... 313
» 21. Nachweisungen über Schlafkrankheit im Bezirke Bismarckburg 316
» 22. Nachweisung über die Verbreitung der Tuberkulose in Deutsch-Ostafrika ... 317
» 23. Nachweisung über die Verbreitung der Wurmkrankheit in den Südbezirken ... 318
» 24. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen beim Bau der Zentralbahn ... 320
» 25. Bahnbau der Usambarabahn: Nachweis der im Krankenhaus verpflegten Europäer ... 326
» 26. Bahnbau der Usambarabahn: Nachweisung über die Krankenbewegung und Todesursachen über Farbige ... 328
» 27. Bahnbau der Usambarabahn: Zusammenstellung von Monatsberichten ... 330
» 28. Nachweisung über die kranken Farbigen der Missionsstation Madschame ... 332
» 29. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen im Krankenhaus des Berliner Vereins für ärztliche Mission in Kidugala ... 333

II. Kamerun.

I. Allgemeines ... 337
1. Sanitätspersonal ... 337
2. Sanitäre Einrichtungen ... 338
3. Unterkunft ... 342
4. Verpflegung ... 346
5. Wasserversorgung ... 350
6. Abfuhrwesen ... 354

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Seite

7. Boden ... 356
8. Klima ... 358
9. Begräbniswesen ... 360
10. Organisation des Sanitätswesens ... 361
Bevölkerungsstatistik ... 361
Prostitution ... 362

II. Gesundheitsdienst ... 363
1. Tätigkeit besonderer wissenschaftlicher Anstalten ... 363
2. Gesundheitsdienst bei größeren privaten Unternehmungen (beim Mittellandbahnbau) ... 364

III. Krankendienst ... 367
Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen ... 367
Pocken S. 375. — Windpocken S. 377. — Typhus abdominalis S. 377. — Malaria S. 378. — Schwarzwasserfieber S. 382. — Tuberkulose S. 384. — Menschliche Trypanomosiasis und Schlafkrankheit S. 385. — Filarienerkrankungen S. 406. — Dysenterie S. 408. — Darmkatarrhe S. 411. — Eingeweidewürmer S. 412. — Krankheiten der Atmungsorgane S. 413. — Lepra S. 414. — Framboesie S. 418. — Geisteskrankheiten S. 418. — Geschlechtskrankheiten S. 420. — Chirurgie S. 423. — Unterschenkelgeschwüre S. 426.

III. Togo.

A. Lome.

I. Allgemeines ... 427
1. Sanitätspersonal ... 427
2. Sanitäre Einrichtungen ... 427
3. Unterkunft für Europäer und Farbige ... 428
4. Verpflegung der weißen und eingeborenen Bevölkerung ... 428
5. Wasserversorgung ... 429
6. Abfuhrwesen ... 429
7. Boden ... 429
8. Klima ... 429
9. Begräbniswesen ... 429

II. Gesundheitsdienst ... 430
10. Seuchenbekämpfung ... 430

III. Krankendienst ... 433
11. Krankenbewegung ... 433
12. Tätigkeitsbericht der großen Krankenanstalten ... 433
13. Kasuistik ... 434

B. Anecho.

I. Allgemeines ... 438
1. Sanitätspersonal ... 438
2. Sanitäre Einrichtungen ... 438
3. Unterkunft für Europäer und Farbige ... 439
4. Wasserversorgung ... 439
5. Abfuhrwesen, Latrinen ... 439
6. Boden ... 439
7. Klima ... 440

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Seite

II. Gesundheitsdienst 440
8. Seuchenbekämpfung 440
Pocken S. 440. — Malaria S. 441. — Dysenterie S. 441. — Typhus S. 441. — Wurmkrankheit S. 441. — Syphilis und Framboesie S. 441. — Gelbfieber S. 442.
9. Soziale Hygiene 442

III. Krankendienst 443
10. Krankenbewegung 443
11. Kasuistik 443
1. Europäer S. 443. — 2. Farbige S. 443.

C. Palime.

I. Allgemeines 444
1. Sanitätspersonal 444
2. Sanitäre Einrichtungen 445
3. Abfuhrwesen 445
4. Boden 445
5. Organisation des Sanitätswesens usw. 446

II. Gesundheitsdienst 446
6. Seuchenbekämpfung 446
Pocken S. 446. — Gelbfieber S. 446. — Malaria S. 446. — Dysenterie S. 446. — Ankylostomiasis S. 447. — Windpocken S. 447.
7. Gesundheitsverhältnisse der Stationen 447
8. Soziale Hygiene 447

III. Krankendienst 447
9. Krankenbewegung 447
10. Kasuistik 448
11. Bericht über die Tätigkeit der Schlafkrankheitskommission in Togo 449

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk Lome 456
» 2. Desgl. im Bezirk Anecho 462
» 3. Desgl. im Bezirk Misahöhe 467
» 4. Nachweisung über die in Togo verstorbenen Europäer 472

IV. Südwestafrika.

Verzeichnis der im Kalenderjahr 1911 im südwestafrikanischen Schutzgebiet verstorbenen Weißen 473

V. Deutsch-Neuguinea.

I. Allgemeines 480
1. Sanitätspersonal und seine Verteilung 480
2. Sanitäre Einrichtungen 480
3. Unterkunft für Europäer und Farbige 481
4. Verpflegung der weißen und eingeborenen Bevölkerung 486
5. Wasserversorgung 488
6. Abfuhrwesen, Latrinen 489
7. Boden 490

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Seite

8. Klima ... 491
9. Begräbniswesen ... 492
10. Organisation des Sanitätswesens ... 492
11. Andere Berichte allgemeiner Natur ... 494

II. Gesundheitsdienst ... 496
12. Seuchenbekämpfung ... 496
13. Gesundheitsverhältnisse einzelner Stationen ... 499
14. Gesundheitsdienst bei größeren privaten Unternehmungen ... 501
15. Soziale Hygiene ... 502
16. Bevölkerungsstatistik ... 504
A. Europäer S. 504. — B. Nichteinheimische farbige Bevölkerung S. 504. — C. Eingeborene S. 505.

III. Krankendienst ... 506
17. Krankenbewegung ... 506
18. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten ... 509
a) Europäerkrankenhaus in Rabaul, Namanula ... 509
b) Europäerkrankenhaus in Herbertshöhe ... 510
c) Europäerkrankenhaus in Friedrichs-Wilhelmshafen ... 510
d) Eingeborenenkrankenhaus in Rabaul ... 510
e) Eingeborenenkrankenhaus in Herbertshöhe ... 511
f) Eingeborenenkrankenhaus in Käwieng ... 511
g) Eingeborenenkrankenhaus in Namatanai ... 511
h) Eingeborenenkrankenhaus in Friedrich-Wilhelmshafen ... 512
i) Krankenhaus der Neuguinea-Kompagnie in Herbertshöhe ... 512
k) Krankenhaus der Forsayt-Gesellschaft in Bitalobo ... 513
19. Kasuistik ... 513
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen 513
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung S. 513. — Malaria S. 513. — Schwarzwasserfieber S. 514. — Tuberkulose der Knochen S. 515. — Genickstarre S. 515. — Gelenkrheumatismus S. 515. — Gicht S. 515. — Vergiftung S. 515. — Beriberi S. 515. — Framboesie S. 516. — Bösartige Geschwülste S. 516. — Denguefieber S. 516.
II. Krankheiten des Nervensystems ... 517
Geisteskrankheiten S. 517.
III. Krankheiten der Atmungsorgane ... 518
Nasenpolypen S. 518. — Asthma S. 518.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe ... 519
V. Krankheiten der Ernährungsorgane ... 519
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ... 519
VII. Venerische Krankheiten ... 519
VIII. Augenkrankheiten ... 521
IX. Krankheiten der äußeren Bedeckungen ... 521
X. Krankheiten der Bewegungsorgane ... 522
XI. Mechanische Verletzungen und Folgezustände ... 523
XII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten ... 524
XIII. Frauenkrankheiten und Geburten ... 524

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen in Deutsch-Neuguinea ... 525
» 2. Nachweisung über die in Deutsch-Neuguinea verstorbenen Europäer ... 533
» 3. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen in Deutsch-Neuguinea, Bezirk Rabaul ... 536
» 4. Desgl., Bezirk Herbertshöhe ... 544
» 5. Desgl., Bezirk Nord-Neumecklenburg (Käwieng) ... 549
» 6. Desgl., Bezirk Süd-Neumecklenburg ... 554
» 7. Desgl., Station Friedrich-Wilhelmshafen ... 557

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

VI. Karolinen, Marshall- und Palau-Inseln.

A. Jap.

Seite

I. Allgemeines ... 562
1. Sanitätspersonal ... 562
2. Hospitalbauten und andere sanitäre Einrichtungen ... 562
3. Wasserversorgung ... 562
4. Abfuhrwesen ... 563
5. Volkshygiene ... 564
6. Bevölkerungsstatistik ... 564

II. Krankendienst ... 566
7. Kasuistik ... 566
Framboesie S. 566. — Tuberkulose S. 568. — Ruhr S. 569. — Pockenähnliche Erkrankungen S. 569. — Denguefieber S. 570. — Gelenkrheumatismus S. 570. — Geisteskrankheiten S. 571. — Andere Krankheiten des Nervensystems S. 572. — Krankheiten der Atmungsorgane S. 572. — Krankheiten der Kreislauforgane S. 572. — Krankheiten der Ernährungsorgane S. 573. — Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen S. 573. — Venerische Krankheiten S. 573. — Augenkrankheiten S. 573. — Ohrenkrankheiten S. 574. — Krankheiten der äußeren Bedeckungen S. 574. — Krankheiten der Bewegungsorgane S. 574. — Mechanische Verletzungen S. 574. — Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten S. 575. — Frauenkrankheiten und Geburten S. 575. — Andere Krankheiten S. 576.

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen ... 577
» 2. Nachweisung der in Jap verstorbenen Europäer ... 582

B. Ponape (Ostkarolinen).

1. Personal ... 583
2. Krankenhaus ... 583
3. Verpflegung der weißen und farbigen Bevölkerung ... 583
4. Wasserversorgung ... 585
5. Abfuhrwesen, Latrinen ... 585
6. Bodenverhältnisse ... 585
7. Klima ... 586
8. Soziale Hygiene ... 587
9. Bevölkerungsstatistik ... 587
10. Krankenbewegung ... 587
Ergänzungen zur Krankenbewegung S. 587. — Syphilis und Framboesie S. 588. — Darmkrankheiten S. 589. — Chirurgie S. 589.
11. Bauliche Veränderungen ... 589

Anlagen.

Anlage 1. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen in Ponape ... 590
» 2. Die Ankylostomiasis ... 595

C. Marshall-Inseln (Jaluit) ... 597

Anlage. Nachweisung der kranken Europäer und Farbigen der Marshall-Inseln ... 599

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

D. Palau-Inseln (Angaur).

Seite

Allgemeines ... 604
Anlage. Nachweisung über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk der Palau-Inseln ... 605

VII. Samoa.

Allgemeines ... 609
1. Sanitätspersonal ... 609
2. Sanitäre Einrichtungen ... 610
3. Bevölkerungsstatistik ... 612
4. Kasuistik ... 613
Anlage. Nachweisung über die kranken Europäer, Farbigen und Chinesen in Samoa ... 614

VIII. Arbeiten.

Veröffentlichungen auf tropenmedizinischem Gebiet ... 620

Anhang.

Generalsanitätsberichte der Kaiserlichen Schutztruppe.

A. Deutsch-Ostafrika ... 627
1. Krankenbewegung ... 627
I. Deutsche Militärpersonen ... 627
II. Farbige ... 628
2. Sanitäre Maßregeln ... 631
Unterkunft S. 631. — Verpflegung S. 633. — Trinkwasser S. 634. — Bekleidung S. 634. — Latrinen, Abfuhrwesen S. 634. — Grund und Boden S. 634. — Sonstige sanitäre Maßnahmen S. 635.
3. Erläuterung wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen ... 635
B. Kamerun ... 638
1. Krankenbewegung ... 638
I. Deutsche Militärpersonen ... 638
II. Farbige ... 638
2. Sanitäre Maßregeln ... 640
Unterkunft S. 640. — Verpflegung S. 641. — Trinkwasser S. 641. — Bekleidung S. 642. — Latrinen S. 642. — Krankentransporteinrichtungen S. 642. — Gesundheitspflege S. 642. — Pockenlymphe S. 642.
3. Erläuterung wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen ... 644
a) Weiße S. 644. — b) Farbige S. 645.
C. Deutsch-Südwestafrika ... 649
1. Krankenbewegung ... 649
Deutsche Militärpersonen ... 649
Klimatische Verhältnisse ... 656
Militärische Unternehmungen ... 657
2. Sanitäre Maßregeln ... 660
Unterkunft S. 660. — Verpflegung S. 661. — Trinkwasser S. 662. — Bekleidung S. 664. — Latrinen S. 664. — Grund und Boden S. 664. — Krankentransporteinrichtungen S. 665. — Anderweite die Gesundheitspflege der Truppe betreffende Verhältnisse S. 665.
3. Erläuterungen wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen ... 666
Sachverzeichnis ... 684

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

I. Deutsch-Ostafrika.

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Nach dem Etat sollte das europäische Personal für den Sanitätsdienst im Schutzgebiete bestehen aus:

43 Sanitätsoffizieren der Schutztruppe,
1 Sanitätsoffizier des Heeres,
68 Sanitätsunteroffizieren der Schutztruppe,
3 Regierungsärzten,
1 Chemiker, zugleich Gouvernementsapotheker,
2 Laboratoriumsgehilfen,
2 Kanzleigehilfen,
11 Schwestern des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien.

Von den 3 Regierungsarztstellen war die eine schon Mitte des vorigen Berichtsjahres besetzt, die zweite wurde im Juli 1911 und die dritte Ende März 1912 besetzt. Die Stellen sind zur Zeit folgendermaßen verteilt:

1. Regierungsarzt der Nordbezirke mit dem Sitze in Amani,
2. » der Südbezirke mit dem Sitze in Lindi,
3. » am Viktoriasee mit dem Sitze in Muansa.

Die Leitung des gesamten Sanitätsdienstes und die damit verbundene Verwaltungstätigkeit lag dem Medizinalreferat ob, das vom Oberstabsarzt der Schutztruppe wahrgenommen wurde. Zum Geschäftszimmer des Oberstabsarztes und Medizinalreferenten waren als Hilfsarbeiter ein Stabsarzt und als Schreiber 3 Sanitätsunteroffiziere zugeteilt.

Das Personal der großen Krankenhäuser, nämlich der Gouvernementskrankenhäuser in Daressalam und Tanga sowie des Sewa-Hadji-Hospitals für Farbige in Daressalam war dasselbe wie im Vorjahre.

In Betrieb gehalten wurden im Berichtsjahre dieselben Sanitätsdienststellen wie im Vorjahre. Gegen Ende des Berichtsjahres neu eingerichtet wurden die Sanitätsdienststellen in Muhesa und Korogwe

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

im Hinterlande von Tanga; sie dienen in den pflanzungsreichen Nordbezirken zur Entlastung der Farbigenabteilung des Gouvernements-Krankenhauses Tanga und unterstehen der Aufsicht des Regierungsarztes in Amani.

Das Personal der Schlafkrankheitsbekämpfung war dasselbe wie im Vorjahre: Mit der Leitung und der technischen Durchführung der Schlafkrankheitsbekämpfung am Viktoria-Nyansa- und Tanganika-See war wie im Vorjahre der vom Heere abkommandierte Sanitätsoffizier betraut.

1 Sanitätsoffizier, 1 Sanitätsunteroffizier und 1 Laboratoriumsgehilfe versahen den Dienst im Laboratorium und den Gesundheitsdienst in Daressalam (Malariabekämpfung).

Hervorgehoben werden muß, daß im Berichtsjahre ein ausnahmsweise großer Teil des etatsmäßigen Sanitätspersonals (nicht nur ein Fünftel der etatsmäßigen Stärke, wie im Vorjahre) für den Sanitätsdienst im Schutzgebiete ausfiel. Die betreffenden Sanitätspersonen waren zu anderen Zwecken abkommandiert, weilten auf dem zuständigen Heimatsurlaub oder waren auf Versetzungsreisen zu und von ihren Dienststellen unterwegs. Von Kommandos sind zu nennen: Zur Pestbekämpfung in Muansa und Bagamoyo, zur Feststellung der Schlafkrankheit im Lindi- und Ssongea-Bezirk, zu Impf- und Besichtigungsreisen.

Unter diesen ungünstigen Verhältnissen litt nicht nur die Schlafkrankheitsbekämpfung, sondern auch ganz besonders der Dienstbetrieb bei den Sanitätsdienststellen, zumal die an den Seen gelegenen wie bisher aushilfsweise einen bedeutenden Teil ihrer Tätigkeit der Schlafkrankheitsbekämpfung widmen mußten.

Im übrigen war das Personal der Sanitätsdienststellen und zum Teil sogar das der großen Krankenanstalten in den zugehörigen Bezirken an der Seuchenbekämpfung beteiligt. Außerdem wurden hierzu, besonders zu Impfgeschäften, gelegentlich auch Beamte und Privatpersonen hinzugezogen.

Die 11 Schwestern fanden dieselbe Verwendung wie im Vorjahre.

Außer dem Sanitätspersonal der Schutzgebietsverwaltung waren, soweit dienstlich bekannt geworden, im Schutzgebiete tätig:

bei der Firma Holzmann & Co. (Bau der Mittellandbahn)
- 3 Ärzte,
- 10 Arztgehilfen,
- 1 Krankenschwester,
- 1 Pharmazeut und
- 1 Rechnungsführer,

bei der Firma Lenz (Bau der Usambarabahn)
- 1 Arzt,
- 2 Arztgehilfen und
- 1 Krankenschwester,

ferner 2 Ärzte und 3 Pflegeschwestern bei der deutschen evangelischen Mission sowie 2 Ärzte bei der englischen Mission.

Dazu kommt noch im Wirkungskreise der verschiedenen im Schutzgebiete tätigen Missionsgesellschaften vielfach in der Krankenpflege vorgebildetes europäisches Personal.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2. Sanitäre Einrichtungen.

Zu dem Eingeborenenhospital in Wilhelmstal wurde ein Vordergebäude errichtet, in dem sich ein Poliklinik- und ein Arzneimittelraum und eine Europäerkrankenstube mit Bad und Nebenräumen befinden.

Die Unterkunftsräume für den Regierungsarzt in Amani umfassen neben den zuständigen Wohnräumen einen Medikamentenraum und ein einfaches Laboratorium.

Das Institut Amani hat ein kleines Hospital für Farbige eingerichtet, das, umgeben von Wald, frei und gesund gelegen, massiv aus Stein gebaut und mit Wellblech gedeckt ist. Es sind 5 Räume vorhanden, von denen vorläufig einer als Medikamentenraum und Arbeitsraum, einer als Wohnung für den Krankenwärter, die übrigen, etwa 12 qm groß und 4 bis 5 Betten fassend, als Krankenstuben Verwendung finden. Als Nebenraum ist noch eine Küche vorhanden, in der sich die Kranken ihre Mahlzeiten selbst zubereiten.

Im allgemeinen finden nur Leichtkranke Aufnahme, während Schwerkranke, wenn möglich, ins Gouvernementskrankenhaus Tanga oder in letzter Zeit in das Hospital für Farbige nach Muhesa geleitet werden.

Das Farbigenhospital in Tanga wurde durch den Neubau einer vierten Baracke, die nach dem Muster der drei anderen Baracken errichtet wurde, vergrößert.

Da der Krankenzugang außerordentlich groß war, so blieb das Krankenhaus ständig überfüllt, auch nachdem die neue Baracke bezogen werden konnte. Um das Krankenhaus zu entlasten, wurde bei der Sanitätsdienststelle in Muhesa in einem früheren Lokomotivschuppen ein Farbigenhospital eingerichtet, das von einem Sanitätssergeanten geleitet und vorwiegend von den Arbeitern der umliegenden Plantagen in Anspruch genommen wird. Es werden dort besonders Wurmkranke und Kranke mit Unterschenkelgeschwüren behandelt.

Anfang Januar 1912 hat die Sanitätsdienststelle Muhesa den Neubau einer massiven Küche und eines Abortes für den Sanitätsunteroffizier begonnen, der Ende Februar fertiggestellt wurde.

Für den Sanitätsunteroffizier und die Poliklinik wurden entsprechende Räume hergerichtet.

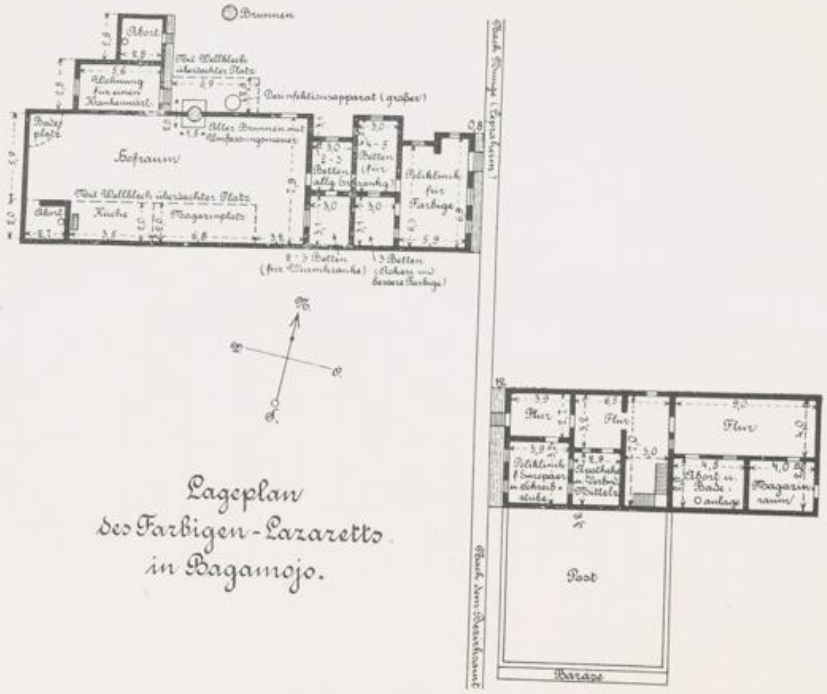
Das Hospital wird etwa 100 Betten umfassen.

Zur Aufnahme der in Bagamoyo durchreisenden und lazarettkranken Europäer dient eine im Bezirksamtsgebäude gelegene Krankenstube. Sie besteht aus einem einfenstrigen, geräumigen, hellen Zimmer mit guter Möbelausstattung und angrenzendem Baderaum; im Bedarfsfalle ist Raum zur Aufstellung eines zweiten Bettes vorhanden. Das Krankenzimmer kann auch nach alter Gouvernementsverfügung als Fremdenzimmer benutzt werden. Kranke Stationsangehörige pflegen in ihrer Wohnung zu verbleiben.

Auf der Ostseite der Stadt Bagamoyo, in nächster Nähe des Ozeans, liegt das Farbigenkrankenhaus. Es besteht aus 2 aus Steinen gebauten Gebäuden, deren Wände mit Kalk getüncht und deren Dächer mit Wellblech gedeckt sind. Der südliche Bau hat 2 Räume, von denen eins mit Fenstern versehen ist und als Poliklinik für Europäer und als Schreibstube, das andere als Apotheke und Verbandmittelraum eingerichtet ist. Licht und Luftzufuhr erhält das letzte

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lageplan
des Farbigen-Lazaretts
in Bagamoyo.



Lageplan
des Farbigen-Lazaretts
in Bagamojo.

Zimmer durch große fensterähnliche Öffnungen nach der Schreibstube zu. Ausgestattet ist das Poliklinikzimmer mit Schreibtisch, Wäscheständer, einem eisernen emaillierten Operationstisch, mit Regalen für Akten und Arzneimitteln, Instrumentenschränkchen und einem gut verschließbaren Giftschrank. Im oberen Stock ist die Wohnung des Sanitätsunteroffiziers gelegen.

Die im nördlichen Gebäude vorhandenen 5 Zimmer dienen als Poliklinik und zur Unterbringung schwerkranker Farbiger. Das an der Straßenfront gelegene Zimmer wird zur Abhaltung des Revierdienstes verwandt. Zur Unterbringung der Kranken dienen 4 Zimmer mit je 9,30 qm Grundfläche, von denen eins für Askari und bessere Farbige, eins für Wurmkranke und zwei für allgemeine Erkrankungen bestimmt sind. In der nächsten Zeit sieht das Farbigenhospital einer Vergrößerung zur abgesonderten Unterbringung der Wurmkranken entgegen.

Zur Einrichtung der Krankenzimmer für Farbige gehören 20 hölzerne Bettstellen. Als Küche und Magazin dient ein überdachter Platz auf dem Hofe. Eine gut funktionierende Senkgrube auf dem inneren Hospitalhofe bietet Platz für einen Mann. Als Badegelegenheit dient ein mit Palmblattmatten umzäunter Platz, in welchem eine Blechbadewanne Aufstellung findet. Ein großer Desinfektionsapparat ist auf dem äußeren Lazarettthofe aufgestellt.

Wurmkranke Kettengefangene finden in der Polizeiboma in einem dazu bestimmten und gesonderten Raume Unterkunft.

Da sich in Mohoro die Räume zur Unterbringung der Hospitalkranken als unzureichend erwiesen, wurde dem alten Hause gegenüber auf der anderen Seite der Straße ein neues gebaut aus einem Holzgerüst mit Lehmbewurf und Grasbedachung, so daß sich jetzt das Hospital zusammensetzt aus einem Haus mit 2 Zimmern für Poliklinik, Apotheke und Operationszimmer, seitlich davon einem zweiten mit 3 Räumen. Zwei davon (mit je 4 Betten) sind zur Aufnahme kranker Askari bestimmt, das dritte wird von dem farbigen Krankenaufseher bewohnt. Gegenüber liegt ein größeres Haus mit 18 Betten für eingeborene Hospitalkranke, dahinter die Abortanlagen, für Männer und Weiber getrennt.

In Lindi konnte auf eins der vier Europäerkrankenzimmer verzichtet werden. Ein Bedürfnis danach besteht nicht mehr, seitdem die hiesige Gastwirtschaft von einer Deutschen vorzüglich bewirtschaftet wird. Wegen der Schwierigkeit der Verpflegung im weit abgelegenen Krankenhause ziehen es die meisten Kranken von außerhalb vor, im Hotel Unterkunft zu finden.

Rasthäuser sind im Bezirk nicht vorhanden, dagegen bei fast allen Ortschaften Unterstandhallen. Von diesen wurde auf ärztlichen Antrag wegen starker Verseuchung mit Rückfallfieberzecken eine Reihe im Lukuledital abgebrochen und an anderer Stelle neue errichtet.

Zur Unterbringung der zahlreichen Wurmkranken in Ssongea wurden 2 Baracken errichtet, die etwa 10 Minuten von der Station entfernt liegen. Die eine Baracke, nur für männliche Personen, ist 30 m lang, 5 m breit; die andere, nur für weibliche Personen, ist 15 m lang, 5 m breit. Beide sind mit Lehmputz und Strohdach versehen und luftig und geräumig.

Fließendes Quellwasser und Aborte sind vorhanden.

Das Hospital in Moschi wurde in der Trockenzeit einer gründlichen Reparatur unterzogen und 2 an einer Seite offene Banden aus Lehmfachwerk und Bananenblätterdach in einiger Entfernung gebaut, die zur Aufnahme der Kochfeuer und derjenigen Kranken dienen, die sich in besser gehaltenen Räumen noch nicht wohl fühlen, für deren Wohlbefinden im Gegenteil ein Feuer am Erdboden und ein Leben, wie sie es in ihren Hütten gewohnt sind, nötig ist.

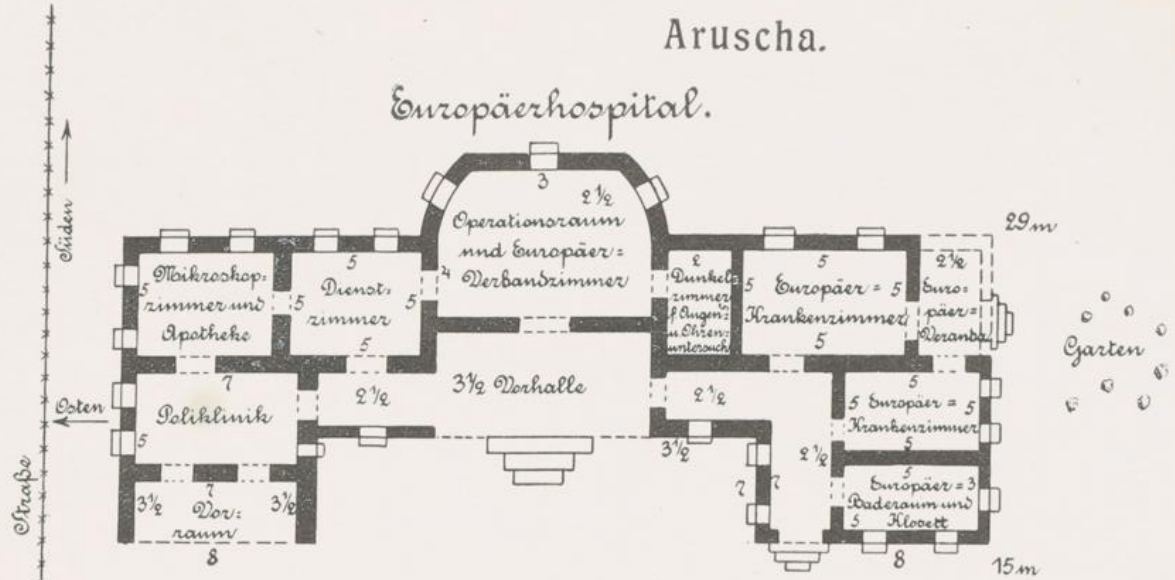
Am Schlusse des Berichtsjahres 1911/12 ist in Aruscha ein kleines Europäerhospital fertiggestellt. Es hat folgende Räume im Hauptgebäude vereinigt:

1. Vorraum als Warteraum für poliklinische Kranke,
2. Poliklinik,
3. Mikroskopierzimmer und Apotheke,
4. Dienstzimmer,
5. Operationszimmer,
6. Dunkelzimmer,
7. u. 8. Europäerkrankenzimmer,
9. Badezimmer.

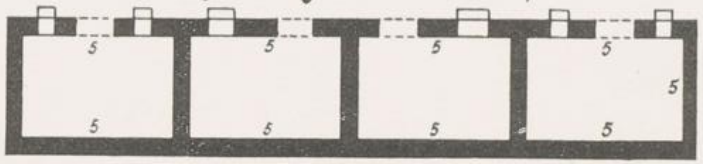
Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Aruscha.

Europäerhospital.



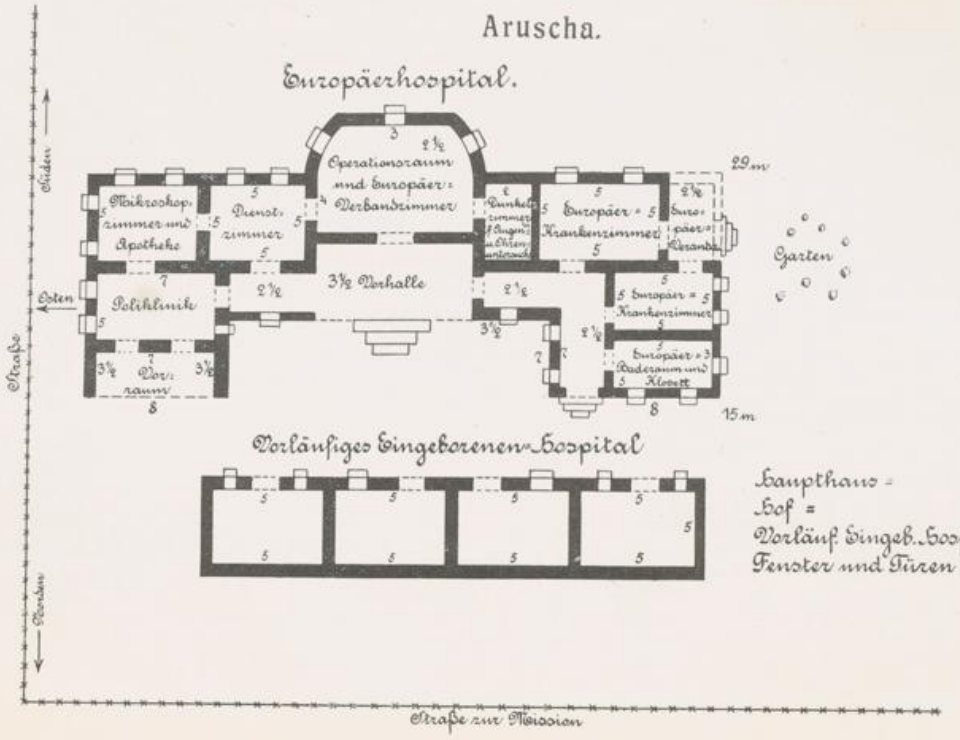
Vorläufiges Eingeborenen-Hospital



Haupthaus =	29 : 15 m
Hof =	13 : 7 „
Vorläuf. Eingeb.-Hospital	22½ : 6 „
Fenster und Türen =	1 „

Aruscha.

Europäerhospital.



Vorläufiges Eingeborenen-Hospital

Straße zur Mission

Haupthaus =	29 : 15 m
Hof =	13 : 7 »
Vorläuf. Eingeb.-Hospital	22½ : 6 »
Fenster und Türen =	1 »

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dem Hauptgebäude ist ein Nebenhaus angefügt, das folgende Räume enthält:
1. Küche für Europäer,
2. u. 3. Magazinräume,
4. Wohnung für den farbigen Krankenwärter.

Das Nebenhaus muß vorläufig als Eingeborenenhospital zur Unterbringung farbiger Lazarettkranker benutzt werden. Nach Fertigstellung eines neuen Eingeborenenhospitals, das in einer Entfernung von 34 m nördlich vom Europäerhospital geplant ist, wird das Nebenhaus seiner eigentlichen Bestimmung zurückgegeben werden.

Vom Hauptgebäude sind in Benutzung genommen: Poliklinik mit Apotheke und Mikroskopierzimmer. Für die übrigen Räume ist die Einrichtung noch nicht eingetroffen.

Im Bezirk Morogoro liegt das Erholungsheim »Sachsenhöhe« des Herrn Edmund Seydel; es wurde von dem Besitzer vom November 1911 bis zum April 1912 erbaut. Schon während des Baues hatten sich eine Anzahl erholungsbedürftiger Pensionäre aus Morogoro und Daressalam eingefunden. Das neue Sanatorium ist von Daressalam bequem in einem Tage zu erreichen.

Im Hauptgebäude befinden sich: je ein Eß- und Lesezimmer, sieben Schlafzimmer sowie eine geräumige deutsche Küche, ein Baderaum und zwei Klosetts. Die Schlafzimmer sind mit Wasserleitung versehen. Außerdem sind der Hauptfront noch zwei Veranden angefügt. Nach dem Hof ist ein Korridor eingebaut.

Das Nebengebäude umfaßt ein zweites Badezimmer, ein Wohnhaus, eine Dienerwohnung und Kellerräume. Geplant sind noch einige Einzelhäuser für Pensionäre.

Die Ansiedlung liegt an der Ostulugurustraße, etwa 1 300 m über dem Meeresspiegel und etwa 800 m höher als der Bahnhof Morogoro. Sie ist von diesem zu Fuß in knapp drei Stunden erreichbar, Maultier oder Tragstuhl können bequem benutzt werden.

Das Klima ist ein ausgesprochenes Höhenklima, selbst in der heißen Jahreszeit erträglich, die höchste Temperatur im Schatten war bisher 29° Celsius. Moskitos sind bisher noch nicht beobachtet worden. In der kalten Jahreszeit wird es empfindlich kühl.

Trotz der steilen Hänge zeigt das Landschaftsbild eine große Weichheit der Formen, und es ist für geübte Bergsteiger ein Vergnügen, stundenweit im Gebirge umherzustreifen. Es entwickeln sich wundervolle Landschaftsbilder. Bald blickt man auf intime Talkessel hinab, auf deren Kuppen Negerhütten stehen, bald schreitet man über Bergjoche und sieht in die rechts und links sich senkenden Täler, bald kommt man an den ernsten Urwald mit seinen Baumriesen und der überwuchernden jungen Vegetation. Großartig ist das Panorama der Ebene von Morogoro, die östlich, nördlich und westlich von zum Teil phantastischen Bergformen abgeschlossen ist. Aus weiter Ferne sieht das Bergland von Usambara, die Vorgebirge von Bagamoyo und das Ngurugebirge verlockend herüber.

Alle europäischen Gemüse und Kartoffeln gedeihen im Gebirge ausgezeichnet, Geflügel und Vieh wird gehalten.

Das Erholungsheim genügt allen hygienischen Anforderungen und ist wegen der kühlen Gebirgsluft, der Möglichkeit, ohne Moskitonetz zu schlafen, als Luftkurort für Leute, die Erholung und nicht die Zerstreuung eines Modebades suchen, sehr wohl geeignet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Eingeborenenhospital in Kilossa besteht aus drei Häusern, und zwar zunächst aus einer 17,30 m langen und 7,50 m breiten, halb aus Lehm und halb aus Schilfrohr erbauten, mit Zementtonnenblech und Gras gedeckten Hütte, die als Unterkunftsraum für die Kranken dient.

Als Raum für die Poliklinik (zugleich Arbeitsraum für den Sanitätsunteroffizier) dient eine 4,50 m lange und 4,30 m breite Matetehütte, die ebenfalls mit Zementtonnenblech und Gras gedeckt ist. Zur Verhütung des Eindringens von Staub ist der Raum innen mit Amerikano verkleidet, das aber schon stark unter den Witterungsverhältnissen leidet. Akten und Apotheke sind ebenfalls hier untergebracht.

Eine Europäerkrankenstube ist in Kilossa nicht vorhanden. Sämtliche schwer erkrankten Europäer werden entweder nach Morogoro oder Daressalam überwiesen.

s. Bild 2 / Tafel V.

Der Hospitalbau in Massoko, Bezirk Neulangenburg, ist im Berichtsjahr fertiggestellt worden.

Am 12. Januar wurde es bezogen. Es liegt ungefähr 200 m von der Station entfernt, mit der Front nach der Straße Massoko-Neulangenburg, gegenüber dem Askaridorf.

Das Fundament erhebt sich einen halben Meter und ist, wie das ganze Gebäude, mit Bruchsteinen und Kalk gebaut; die Bedachung besteht aus Gras. Die Fußböden sind aus Stampfboden mit einer Kalkschicht überzogen. Die Wände in den Räumen 1 und 2 (s. Plan) sind geputzt und mit Kalk weiß gestrichen, 3 und 4 sind nur ausgefugt. Die Höhe der Zimmer beträgt 2,65 m, oben sind sie mit einer Kalkbetondecke abgeschlossen.

Eine breite Treppe führt zu der geräumigen, überdachten Veranda, die gleichzeitig als Warteraum dient. Durch 4 Türen gelangt man in die einzelnen Räume, wo Raum 1 als Apotheke, Schreibzimmer und Poliklinik, Raum 2 und 3 als Krankenzimmer für Männer, 4 als Krankenzimmer für Weiber dient. Schreibzimmer und die Krankenzimmer 2 und 3 sind in sich noch durch Türen verbunden.

Im Schreibzimmer stehen 3 Regale, ein großes für die Arznei, Verbandmittel und sonstiges Zubehör, ein kleineres für die Akten und eins für die gebräuchlichsten Medikamente, ferner ein Schreibtisch und ein Schränkchen für die Druckvorschriften und Gifte. In der Mitte steht ein hölzerner, mit verstellbarer Holzlehne versehener Operationstisch. Die Krankenzimmer für Männer können 11, das für Weiber 5 Betten aufnehmen. Alle Räume sind hell, luftig, trocken und entsprechen den hygienischen Anforderungen.

Zum Hospital gehört noch das 18 m dahinterliegende Nebengebäude, das gleich dem Hauptgebäude hergestellt ist. Den Abschluß des Nebengebäudes bildet nach hinten ein in sich wieder geteilter Hof, wo in einem Teil die Latrine und der Baderaum für die Kranken eingebaut sind. Die Räume des Hintergebäudes dienen: einer als Isolierraum, einer als Krankenzimmer, in dem noch 5 Betten untergebracht werden können, ein Raum (3) dient einem Lazarettaskari als Wohnung, ein Raum (4) wird als Küche benutzt. Das Ganze ist durch einen Stacheldrahtzaun, an der Hinter- und den Seitenfronten mit einem Holzzaun eingefriedigt.

Das Hospital wird seiner günstigen Lage wegen von den sonst sehr schüchternen Wasokiri mehr als früher zwecks Behandlung aufgesucht, so daß der Zugang in der Poliklinik sich verdoppelt hat.

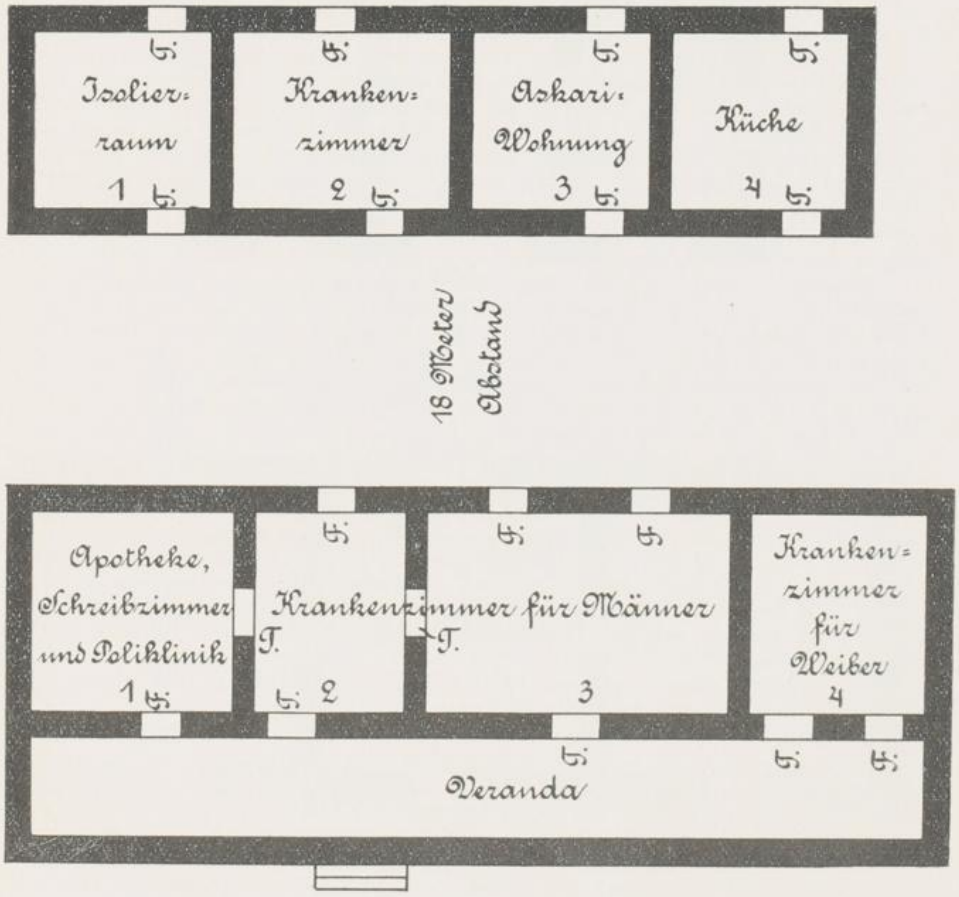
Zu vorstehender Einteilung der Räumlichkeiten des Hospitals in Massoko sei noch erwähnt, daß sie, weil unzweckmäßig, geändert werden soll.

Ein Ergänzungsbau für das Hospital in Muansa ist im letzten Vierteljahre in Angriff genommen worden. Der Bau verbindet die beiden bisher isoliert stehenden Flügel des Hospitals miteinander und schafft auf diese Weise ein harmonisches Ganzes. Der Zwischenbau enthält 1 Poliklinikzimmer, 1 Operation- und Mikroskopierraum mit Seitenbeleuchtung und 1 Sektionsraum.

Das Hospital in Usumbura ist renoviert worden. Das Schlafkrankenlager ist neu umzäunt und frisch gedeckt worden. Rasthäuser, Sanatorien und Leproheime sind im Bezirk nicht vorhanden.

Zur Bekämpfung der Schlafkrankheit befinden sich im Bezirke das zur Sanitätsdienststelle gehörige Schlafkrankenlager Usumbura mit den Nebenstellen Mtarawald und Tschiwitoke. Die Nebenstelle Mtarawald ist im vorigen Berichts-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Plan des Hospitals in Massoko.

jahr eingerichtet worden. Sie stand unter der Leitung eines Sanitätsunteroffiziers, der die Sanierungsarbeiten sowie Absperrungen zu beaufsichtigen hatte. Gleichzeitig ist hier eine zweite Behandlungsstätte für Schlafkranke geschaffen für die weiter von Usumbura wohnenden Eingeborenen. Die zweite Nebenstelle Usumburas Tschiwitoke ist Ausgangspunkt der Sanierungsarbeiten im Russissital. Dort ist gleichfalls ein Sanitätsunteroffizier stationiert, der jedoch das ganze Jahr über nur vorübergehend dort weilte, während er die übrige Zeit in seinem Bezirk umherreiste, um die erforderlichen Sanierungsarbeiten auszuführen.

Von weiteren Lagern im Bereiche der Residentur Urundi sind zu nennen: die Schlafkrankenlager Niansa (ohne Nebenstelle), Rumonge (mit Nebenstelle Rumangu und Kiguena), Urambi (mit Migera). Jedes Lager war im Berichtsjahr mit 1 (Niansa vorübergehend mit 2) Ärzten besetzt. Die 9 Sanitätsunteroffiziere, die speziell zur Schlafkrankheitsbekämpfung gehören, waren abwechselnd in den Hauptlagern und auf den Nebenstellen (Sanierungsarbeiten, Behandlung Schlafkranker) beschäftigt. Auf jedes Schlafkrankenlager entfielen 2, zu Urambi gehörten zeitweise 3 Unteroffiziere. Sämtliche 3 Lager entfalteten im Berichtsjahr eine rege Bautätigkeit. Teils wurden neue Unterkunftsräume für Europäer und das farbige Personal geschaffen, teils wurden die vorhandenen Gebäude erweitert und renoviert. So ist in Urambi ein neues Europäerhaus aufgeführt, das zu Bureauzwecken dienen soll.

Desgleichen sind neue Rundhütten zur Unterbringung der farbigen Lagerangestellten gebaut. In Rumonge ist gleichfalls ein neues Arbeitsgebäude für Europäer entstanden und daneben neue Unterkunftsräume für das farbige Personal aufgeführt. Niansa, der Sitz der Leitung, wurde von einem schweren Brandunglück heimgesucht; das mit großer Mühe für die wissenschaftlichen Versuche eingerichtete Laboratorium brannte nieder und mit ihm wurden Akten und mühselige Versuche vieler Jahre vernichtet. Jetzt ist ein neues Laboratorium dort aufgeführt. Ebenso sind Renovierungen und Erweiterungen der vorhandenen Gebäude vorgenommen.

Am 14. Juni 1911 wurde in Schirati ein neues Stationshospital an der Straße zum Zoll bezogen. Es ist aus Feldsteinen mit Lehmbindung erbaut und mit einem Wellblechdach versehen. Das Hospital umfaßt 3 Räume: ein Poliklinikraum (3,90 m lang, 4,50 m breit und 2,95 m hoch), ein Arznei-Verbandmittelraum (4,50 m lang, 4,50 m breit und 2,95 m hoch) und eine Europäerkrankenstube (4,50 m lang, 4,50 m breit und 2,95 m hoch). Die Fensteröffnungen werden durch einfache Holzläden geschlossen.

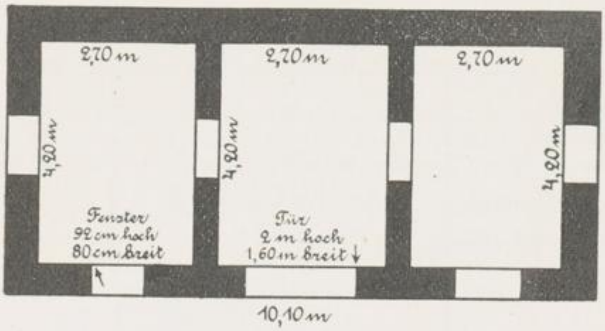
Für Farbige ist eine Banda aus Eisenstein mit Schilfdach errichtet. Es stehen 3 Räume mit je 2,70 m Länge, 4,20 m Breite und 3 m Durchschnittshöhe zur Verfügung. Ein Abort nach Grubensystem befindet sich 32 m entfernt von der Banda.

Im Laufe des Berichtsjahres wurde in Kilimatinde an Stelle des alten, gänzlich unzureichenden Eingeborenenhospitals ein Neubau errichtet. Das neue Gebäude ist massiv gebaut aus Granitbruchsteinen mit Kalkmörtel. Das Dach ist aus Wellblech, der Fußboden aus gestampfter Schotter- und Mörtelmischung. Die Decken sind mit Amerikano überspannt. Das Gebäude ist direkt im Anschluß an das alte Hospital errichtet und enthält 3 Räume, einen Verband- und Operationsraum, einen großen Raum, der zugleich als Apotheke, Laboratorium und Schreibstube dient, und eine Krankenstube für 4 Betten. Im Bau begriffen ist außerdem noch eine Wohnung, in die später ein Lazarettaskari ziehen soll. Das alte Hospital wird zur Zeit zu 3 Krankensälen umgebaut, die im ganzen etwa 10 bis 12 Bettstellen aufnehmen können. Die 3 fertigen Räume haben je eine nach außen führende Tür. Operationsraum und Apothekenraum haben je 2 große Glasfenster und sind durch eine große Türöffnung verbunden. Der neue Krankensaal hat ein kleines vergittertes Fenster ohne Glas. Alle Räume sind hell, luftig und trocken und entsprechen allen Anforderungen der Hygiene.

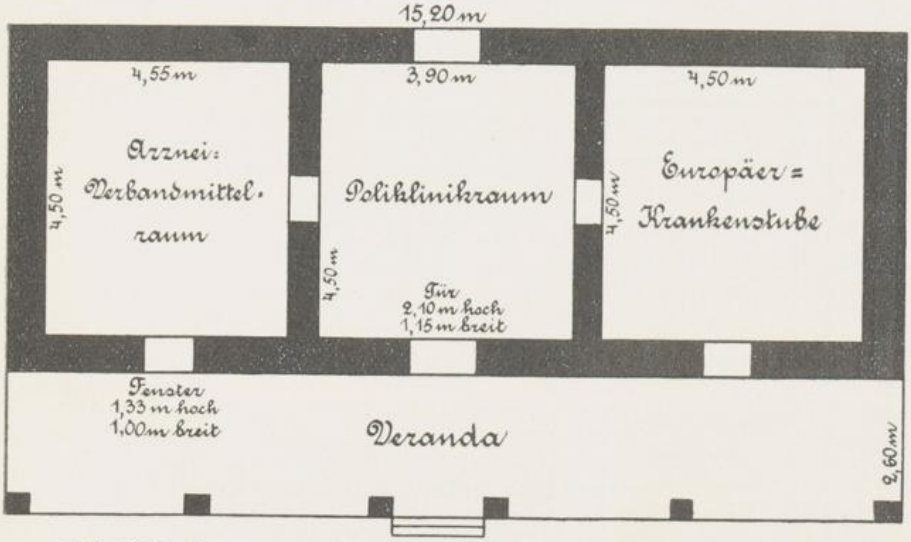
Auf der Station Kissenji bestehen zur Zeit noch keine sanitären Einrichtungen, weder ein Eingeborenenhospital, noch eine Europäerkrankenstube. Die Poliklinik wurde früher in einem alten Europäerzelt abgehalten, erst seit Dezember 1911 ist eine 6 Fuß lange und 4 Fuß breite Lehmhütte mit Strohdach für diesen Zweck zur Verfügung gestellt worden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Banda für Eingeborene.



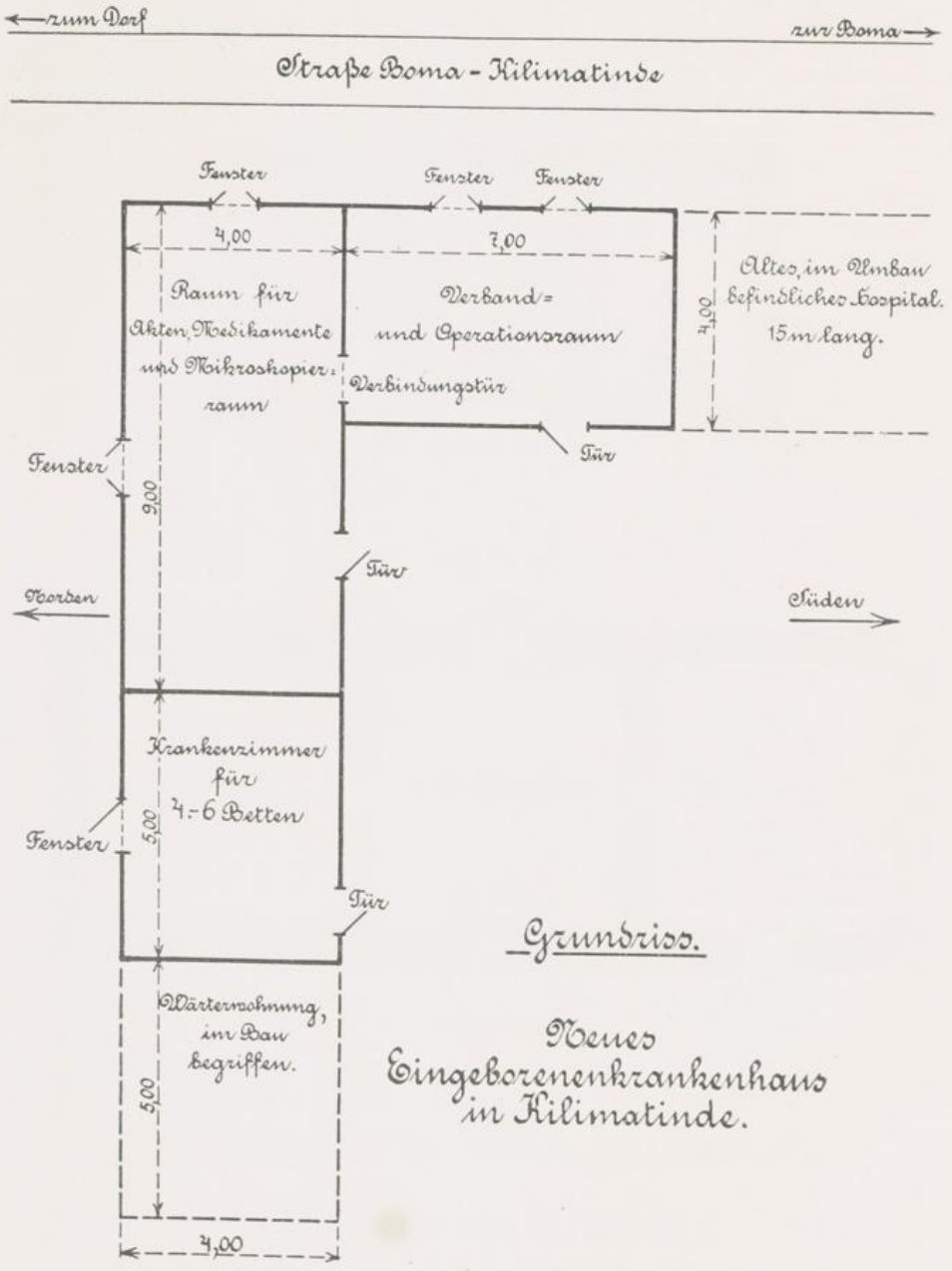
Lazarett.



Wellblechspitzdach mit einer Giebelhöhe von 4,34 m.

Schirati. Eingeborenenhospital.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Grundriss.

Neues Eingeborenenkrankenhaus in Kilimatinde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

3. Unterkunft.

A. Europäer.

Die Unterkunftsverhältnisse der beamteten und nichtbeamteten Europäer, die im Vorjahr als im ganzen günstig bezeichnet wurden, haben auch im Berichtsjahre mannigfache Verbesserungen erfahren. Im einzelnen ist den Berichten folgendes zu entnehmen.

Die Wohnungsverhältnisse der Station Wilhelmstal wurden durch den Bau eines Vermessungsbureaus mit 2 Wohnzimmern für Beamte verbessert. Ferner wurden ein Wirtschaftsgebäude zur Dienstwohnung des Bezirksamtmanns und ein Küchengebäude für die Messe II erbaut; im Bau befindet sich eine neue Markthalle. Auf zahlreichen Pflanzungen wurde für bessere Unterbringung der Europäer durch Bau massiver Wohnhäuser gesorgt.

Die Europäer des Landwirtschaftlich-Biologischen Instituts Amani sind in massiven, nach europäischer Art gebauten Steinhäusern untergebracht. Gegen Wind und Wetter schützen gute Wellblechdächer und Fenster mit Glasscheiben.

Trotzdem im Berichtsjahre die Bautätigkeit in Tanga rege war, herrscht hier noch immer großer Wohnungsmangel.

In Muhesa herrschte eine rege Bautätigkeit. Die Europäer sind zum Teil in massiven Steinhäusern mit Strohdach untergebracht.

In Pangani wurde ein neues Beamtenhaus fertiggestellt und bezogen.

Die bauliche Tätigkeit in Daressalam war in den letzten Jahren rege. Für Europäer wurden neben Einfamilienhäusern, besonders in der Mitte der Stadt, auch größere Häuser mit mehreren Wohnungen errichtet.

Steinhäuser nach Europäerart sind 323 vorhanden, Häuser im Araberstil 254.

In Mohoro sind Verbesserungen in den Wohnungsverhältnissen nicht eingetreten, da man mit dem Aufbau des neuen Bezirksamtes in Utete am Rufiyistrom begonnen hat.

Die Unterkunftsräume der Beamten in Lindi sind im allgemeinen als gut zu bezeichnen. Es bestehen je ein gutes Haus für den Bezirksamtmann, den Sekretär, den Zollbeamten; in zweizimmerigen Wohnungen wohnen der Regierungsarzt im Krankenhause und der Lehrer in der Schule. Weniger günstig liegen die Verhältnisse für die Bureauassistenten und -gehilfen, die wohl gute Räume, aber infolge der Lage in ihren Wohnungen wenig Luftzug haben.

Sehr günstig sind die Wohnungsverhältnisse des Leiters der Bezirksnebenstelle Mikindani, der ein vorzügliches Gebäude mit einer großen Anzahl von Zimmern bewohnt.

Äußerst primitiv dagegen ist die Wohnung des Leiters der Bezirksnebenstelle Newala, jedoch wird an einem neuen Lehmhause, das mit Wellblech gedeckt wird, gebaut.

Die Unterkunftsräume der Polizeiaskari im Bezirksamtsgebäude in Lindi sind recht dürftig, dagegen entsprechen die Kettenräume allen Anforderungen.

In den Bauten des Bezirksamts Ssongea zur Unterbringung der Gouvernements- usw. Beamten sind Änderungen nicht eingetreten.

Der Kaufmann B. hier hat aus einer früheren Veranda seines Hauses an der Nordseite ein Wohnzimmer für Fremde errichtet von etwa 36 cbm Größenraum.

Die Mission Peramiho baut zur Zeit ein Schwesternhaus und eine Kirche, die aber noch lange nicht fertig sind.

Auch von seiten der Mission Kigonsera wurden Verbesserungen an den Wohngebäuden vorgenommen.

An der alten Boma in Moschi wurden die dringlichsten Schäden stets repariert. Eine gründliche Änderung ist bei dem alten Gebäude nicht mehr möglich und zwecklos, da der Bau einer neuen Boma in Neu-Moschi in nächster Zeit begonnen werden soll. An Verbesserungen in der Unterkunft der Europäer im alten Moschi ist daher nur der Anbau von 2 Zimmern an ein schon bestehendes einzimmeriges Haus zu nennen, das dadurch zu einer schönen Wohnung für einen verheirateten Sekretär wurde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dagegen hat sich in Neu-Moschi, am augenblicklichen Endpunkte der Nordbahn gelegen, eine rege Bautätigkeit entwickelt, an der die Regierung bisher noch nicht teilgenommen hat. Von Privatleuten und der Bahn sind dort eine ganze Reihe von großen und schönen Häusern massiv mit Wellblechdach erbaut worden, darunter ein großes Hotel. Von diesen Häusern ist eins vom Gouvernement gemietet worden, um das Polizeibureau und das Vermessungsbureau aufzunehmen; ein weiteres Haus, das noch im Bau ist, beabsichtigt die Post zu mieten. Diesen Gebäuden haftet der Nachteil an, daß sie nicht moskitosicher gebaut sind, ein Fehler, der sich bei der großen Zahl der Moskitos dort sehr bald bemerkbar machen wird. Die beiden Bauten haben außerdem keine Außenveranden, durch die das Mauerwerk vor der Sonnenhitze geschützt wird. Es wird sich voraussichtlich also darin stets eine hohe Temperatur entwickeln. Ein drittes Gebäude, dessen eine Hälfte die Zollverwaltung für den Zollassistenten gemietet hat, gehört der Bahn und liegt neben dem Bahnhof. Da diese Gebäude fast an der tiefstgelegenen Stelle der Anlage sich befinden, nur durch den Bahndamm von dem Busch getrennt, der allmählich in den Rauwald übergeht, so liegen sie ungesund. Moskitoschutz besitzen sie nicht, und so ist es nicht zu verwundern, wenn ihre Bewohner teilweise schon jetzt erheblich unter Malaria zu leiden haben.

Man hat überhaupt bei allen in Neu-Moschi aufgeführten Bauten keinerlei Rücksicht auf das Tropenklima genommen, sondern Häuser nach europäischem Geschmack und Stil gebaut. So hat man auch teilweise die Küchen in die Häuser eingebaut, wodurch das Mauerwerk unnötig erwärmt und der lästige Küchengeruch im ganzen Hause verbreitet werden muß.

In Aruscha sind die europäischen Beamten in Steinhäusern untergebracht, deren Bedachung zum Teil aus Wellblech, zum Teil aus Bananenblättern besteht.

Die Unterkunftsverhältnisse der Europäer Mpapuas wurden durch Umbauten und Ausbesserungen verbessert.

Für einen verheirateten beamteten Europäer ist in Kondoa-Irangi im Berichtsjahr ein neues Wohnhaus fertiggestellt worden. Gegen die Auswahl des Bauplatzes ist vom hygienischen Standpunkt aus nichts einzuwenden. Das leicht abschüssige Gelände ermöglicht den ungehinderten Abfluß von Oberflächenwasser, so daß einer Ansammlung von stagnierendem Wasser und von Pfützen Gelegenheit nicht geboten ist. Bäume, Sträucher und Gestrüpp in der näheren Umgebung des Hauses sind beseitigt worden. Der Wind hat genügend Zutritt und durchzieht das Haus in querer Richtung. Die Front des aus einem Stockwerk bestehenden Hauses ist nach Westen gerichtet. Der Untergrund ist Sand, zum Teil Fels. Das Fundament hat eine Tiefe von 70 cm und eine Breite von 50 cm. In derselben Breite sind die Mauern über dem Fundament aufgeführt. Als Baumaterial sowohl für das Fundament wie für das Mauerwerk sind Bruchsteine, als Mörtel Kalkmörtel verwandt worden. Der aus Schottersteinen mit darüberliegender Kalkstampfschicht bestehende Fußboden liegt an der Vorderfront 1 m, an der nach Osten zu gelegenen Hinterfront des Gebäudes wegen des nach Osten zu leicht ansteigenden Geländes 60 cm über dem Erdboden. Der Raum unter dem Fußboden ist mit Sand, Kalk und Steinresten ausgefüllt. Auf der nach Westen zu gelegenen Hauptfront führt eine Freitreppe mit Plattform auf eine geräumige, 2,50 m breite Veranda, von der aus man durch 4 Türen in die inneren Räumlichkeiten gelangt. Als Wohn- bzw. Schlafräume stehen 4 geräumige, gleich große, 100,80 cbm fassende Zimmer zur Verfügung. Für ausgiebige Beleuchtung ist gesorgt. Von den 4 Zimmern sind zwei mit je 3 Fenstern von 1,10 : 1,80 qm, die übrigen zwei mit je 2 Fenstern von gleicher Größe versehen. Als Badezimmer dient ein kleinerer, neben dem Schlafzimmer gelegener Raum, in dem gleichzeitig ein Klosett nach Tonnensystem eingerichtet ist. Von dem Badezimmer führt eine Tür ins Freie, so daß der das Klosett entleerende Schwarze die Wohnräume nicht zu betreten braucht. Über dem an den südlichen Giebel grenzenden Wohnzimmer, mit diesem den gleichen Grundriß teilend, ist ein viereckiger, den Giebel des Daches um 3,20 m überragender, mit Zinnen geschmückter Turm errichtet, der ein geräumiges Zimmer enthält; von diesem führt eine Tür nach Osten auf eine Plattform; auf der Südseite führt eine zweite Tür gleichfalls auf eine Plattform und von da aus eine Freitreppe nach unten. Zu genanntem Turmzimmer gehört ein im Erdgeschoß gelegenes, von den übrigen Wohnräumen vollkommen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

abgetrenntes Badezimmer mit Abort (Tonnensystem), so daß das Turmzimmer im Verein mit dem Badezimmer und Klosett als vollkommen für sich abgetrennte Europäerwohnung Verwendung finden kann. Die Zimmerdecken bestehen aus einer Lage Wellblech, das einen Anstrich ven weißer Ölfarbe erhalten hat. Die Bedeckung des gesamten Gebäudes ist ein Wellblechdach. Der Raum zwischen Dach und Zimmerdecken ist, um eine zu starke Erhitzung durch die Sonnenbestrahlung zu vermeiden, durch eine entsprechende Zahl von Luken ausreichend ventiliert. Die Bedeckung des Turmes ist ein Stampfdach mit darüberliegender Zementschicht.

Die Beseitigung der Niederschläge geschieht durch Blechrinnen, die das Niederschlagwasser zementierten Abzugsgräben zuführen. Die Abzugsgräben dienen gleichzeitig für die Ableitung der Abwässer. In der ganzen Umgebung des Hauses ist der Boden mit einer 1,50 m breiten, bis an die Mauer hinanreichenden Kalkstampfung versehen, um das Mauerwerk gegen die Einwirkung von Oberflächenwasser bei heftigen Niederschlägen zu schützen.

An der Hinterfront enthält ein kleines Gebäude aus Bruchsteinen mit Wellblechdach die nötigen Räumlichkeiten für Küche und Magazin.

Die gesamte Anlage entspricht durchaus den hygienischen Anforderungen.

Das Bezirksamt Morogoro hat sowohl in bezug auf seine Dienst- wie Wohngebäude eine relativ günstige Lage. Die Häuser liegen am Abhang der Uluguruberge auf einer sanft abfallenden Hügelkette am linken Ufer des Morogorobaches, sind sämtlich aus Bruchsteinen erbaut und mit Zement bzw. Kalk verputzt. Die Häuser entsprechen somit an sich billigen hygienischen Anforderungen.

Die innere Ausstattung der Häuser mit Kochgelegenheiten, Möbeln usw. ist mangelhaft, auch sind einzelne Häuser überbelegt.

Die Bautätigkeit des Bezirksamts beschränkte sich auf die notwendigen Instandsetzungsarbeiten und den Neubau eines Wohnhauses für den Leiter der Fruchtkulturstation, mit dessen Fertigstellung (Ende April) der eigentlichen Wohnungsnot gesteuert sein wird.

Erheblich ungünstiger liegen die Verhältnisse bezüglich der Unterkunft im Ort Morogoro und auf den Pflanzungen. Abgesehen von einigen auf den Hügelketten der Uluguruberge gesund gelegenen Europäerhäusern einzelner Pflanzungen und einigen hochgelegenen Missionsstationen sind die Unterkunftsverhältnisse der europäischen Zivilbevölkerung entweder recht mangelhaft (Lehmbuden) oder recht unhygienisch gelegen. So wohnen z. B. bei der Eisenbahn Europäer und Goanesen unter einem Dach, und bei derselben Gesellschaft ein europäisches Ehepaar unter traurigen hygienischen Verhältnissen in einem aus der Bauzeit stammenden Wellblechhaus.

Die Bautätigkeit war im Berichtsjahr auf Pflanzungen und im Ort Morogoro äußerst rege. Es macht sich überall das Bestreben geltend, nach Maßgabe der vorhandenen Mittel die Unterkunft zu verbessern, ein Bestreben, das auf den Pflanzungen — auf denen sich stets relativ höher und damit gesund gelegene Plätze werden finden lassen — sicher von Erfolg begleitet sein wird, während dies im Ort Morogoro bei seiner Lage im Sumpf stets sehr schwierig, oft unmöglich sein wird.

Die Bezirksnebenstelle Kilossa hat im Gegensatze zu den anderen europäischen Gebäuden dortselbst eine relativ günstige Lage, da sie auf einem kleinen Hügel liegt und somit den Sumpfgerüchen und Moskitos nicht so ausgesetzt ist wie die tiefer liegenden Gebäude des Dorfes und der Bahn. Die Wohnungsverhältnisse der Beamten sind im Berichtsjahre durch den Umbau des Obergeschosses der Boma (in dem sich die Europäerwohnungen befinden) bedeutend verbessert worden. Die Wohnung des Leiters der B. N. St. besteht aus 1 Wohnzimmer, 1 Schlafzimmer, 1 Arbeitszimmer und Badezimmer nebst Klosett. In demselben Hause liegt das Fremdenzimmer. Sämtliche Türen und Fenster der Wohnung sind durch Moskitogaze verschlossen, Wohn-, Schlaf- und Badezimmer sind außerdem noch durch einen Moskitoverschlag auf der Veranda doppelt gesichert, so daß ein Eindringen von Moskitos in diese Räume wohl ausgeschlossen ist. Die unteren Räume des Hauses dagegen, die als Magazine dienen, sind recht baufällig und durch Balken abgestützt. Die Wohnzimmer in einem zweiten Hause bestehen aus 2 Zimmern für den Polizeiwachtmeister, 1 Zimmer für den Sanitätsunteroffizier und einem gemeinsamen Badezimmer und Klosett, die ebenfalls durch

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Moskitoverschläge an den Fenstern und auf der Veranda gesichert sind. Als Eßraum für die Messe II ist ein auf der Veranda neu hergerichteter Moskitoverschlag vorgesehen. Die unteren Räume werden als Arbeitsräume benutzt (Schreibstuben, Akten- und Aufbewahrungsraum für Geld, Küche für Messe II).

Seitens der europäischen Bevölkerung wurden nur auf der Baumwollversuchsstation Myombo Neubauten unternommen, wo die Schilfrohrhäuser durch massive Häuser ersetzt werden.

Von der Station Mahenge wurde ein am Marktplatze gelegenes Haus neu aufgebaut und als Europäerwohnung eingerichtet. Es hat eine schöne Veranda nach der Ost- und Südseite und 3 Zimmer; 2 Gebäude mit den notwendigen Nebenräumen und eine Mauer umschließen hinter dem Hause einen kleinen Hof. Das Haus dient zurzeit 2 Europäern als Unterkunft, es ist auch geeignet als Unterkunft für einen verheirateten Europäer.

Die bei der Station liegende Benediktinermission Kwiro hat zur Unterbringung der weißen Missionsangehörigen 2 mehrstöckige Gebäude errichtet, mit einem gezimmerten Fachwerk als Dachstuhl versehen und mit Ziegeln gedeckt. Die Häuser sind mit Wasserleitung versehen, bei der der Druck einer etwas höher als die Missionsgebäude gelegenen Quelle ausgenutzt wird.

In Neu-Langenburg wurden infolge der durch das starke Erdbeben im Dezember 1910 angerichteten Zerstörungen an Gebäuden eine Anzahl baulicher Veränderungen nötig.

Um Platz für ein Wohngebäude innerhalb des Stationshofes zu gewinnen, wurden die an der Ostseite desselben liegenden Handwerksschuppen und Gefängnisräume sowie der zwischen ihnen gelegene Turm abgerissen.

Der in Bismarckburg aus Ziegeln bestehende Bodenbelag der Europäerwohnungen wurde, soweit schadhaft, erneuert, die Dächer für die Regenzeit nachgedichtet. Einzelne Fenster und Türen der Wohnungen sind nach Maßgabe des verfügbaren Materials mit Drahtschutz versehen worden. Diese Maßregel ist weniger gegen Moskitos als gegen Glossin. palpal. gedacht, die gelegentlich selbst in Wohnungen der Station vorkommen. Das zweite Stockwerk des im Vorjahr erbauten Turmes, das ein Fremdenzimmer enthält, ist infolge heftiger Regengüsse eingestürzt, das übriggebliebene Erdgeschoß wurde mit einem Strohdach versehen.

Auf der Station Usumbura wurden im Berichtsjahr neu gebaut: 1 Büchsenmacherei, 2 Magazine und die Unteroffizierküche. Ferner wurde ein eigenes Postbureau mit Schalterfenster eingerichtet. Die Wohnräume der Unteroffiziere wurden mit Moskitodrahtgaze versehen, in einzelnen Zimmern sind neue Fenster durchgebrochen. An den übrigen Europäerhäusern sind bauliche Veränderungen nicht vorgenommen.

In Muansa hat das Arzthaus eine vollständige Verschalung erhalten. Auf dem inmitten der Stadt gelegenen Kalbenfelsen ist das Haus des Bezirksamtmanns erstanden, ein schmucker, fast elegant zu nennender Bau mit vier geräumigen Zimmern. Im allgemeinen war die Bautätigkeit wenig rege; es ist außer dem genannten nur ein europäisches Haus, ein massiver Steinbau, entstanden.

Die Europäer in Kilimatinde wohnen in Steinhäusern mit Wellblechbedachung oder mit sogenannten Tembendächern. Die Tembendächer sind flach und mit einer ziemlich dicken Erdaufschüttung versehen. Diese Bauart hat den Nachteil, daß sie bei reichlichem Regenfall nicht ganz dicht hält, aber den Vorteil, daß die so gedeckten Häuser kühl bleiben.

Die Europäerwohnungen in Udjidji, die mit Ausnahme der im Lazarett befindlichen Wohnräume für den Arzt und den Sanitätsunteroffizier innerhalb der Boma gelegen sind, genügen im allgemeinen den hygienischen Anforderungen. In den Zimmern, deren Fensteröffnungen mit Drahtgaze versehen sind, ist die Ventilation nicht ausreichend. Trotz Unterbringung der Kettengefangenen in dem Stationsgebäude ist die Gefahr der Malariainfektion für die in der Nähe wohnenden Europäer gering. Durch die wöchentlich einmal stattfindende Desinfektion der Kettenräume und häufiges Kalken der Wände wird die ständige Anwesenheit von Anopheliden vermieden. Außerdem wird für die Beseitigung der Mückenbrutplätze in der Nähe der Boma stets rechtzeitig gesorgt. Jedoch soll beim Neubau des Bezirksamts in Kigoma die Trennung der Europäer von den Eingeborenenniederlassungen berücksichtigt werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Europäer wohnen in Kissenji in provisorisch erbauten Lehmhäusern mit Ziegeldächern, bestehend aus Wohn- und Schlafzimmer. Da die Häuser zu ebener Erde errichtet sind, sind sie ziemlich feucht und kalt.

Die Europäerwohnungen Bukobas entsprechen nicht einmal der Zahl nach den zu stellenden Anforderungen, was schon daraus hervorgeht, daß sowohl Kranken- wie Fremdenzimmer den größten Teil des Jahres mit Stationspersonal belegt werden mußten. Noch viel weniger entsprechen sie den hygienischen Anforderungen. Das Haus des Residenten hat wenigstens Licht und Luft in genügendem Maße; im übrigen ist es wie alle anderen Gebäude aus Lehm hergestellt und dient, wie die anderen Gebäude auch, den Termiten als bevorzugter Aufenthaltsort. Sämtliche übrigen Europäerwohnungen sind dunkel, luft- und lichtlos. In ihnen fällt in kurzer Zeit alles, was nicht aus Stahl und Eisen ist, den Termiten zum Opfer. Eine Ausnahme bilden die Gebäude der Post, die aus Feldsteinen und Zement gebaut sind. Die hier ansässigen Privatleute haben durchweg gute, den allgemeinen hygienischen Anforderungen und besonderen Verhältnissen Bukobas entsprechende Häuser. Neu gebaut wurde ein einstöckiges Haus für den Zollbeamten, aus gebrannten Steinen und Kalk. In der Boma wurde die Decke der Messe I mit Holzverschalung umgeben und die Veranda zementiert.

In Kifumbiro wurde das Hauptgebäude der neuen Boma fertiggestellt und Ende Januar 1912 vom Postenführer bezogen. Mauer und Nebengebäude sind zum Teil noch im Bau.

B. Farbige.

Auch in den Unterkunftsverhältnissen der Farbigen sind Verbesserungen an vielen Stellen bemerkbar geworden. Diese Verbesserungen sind zum Teil wie bei der Unterbringung der Polizeiaskari und farbigen Beamten seitens der Verwaltung in die Wege geleitet worden, zum Teil lernen die Farbigen mit der Zunahme der Kultur in größeren Ortschaften und mit der Erhöhung aller Lebensbedürfnisse den Wert einer besseren Unterkunft schätzen. Ihr Nachahmungstrieb spielt dabei eine wesentliche Rolle.

Im einzelnen ist folgendes zu berichten:

Für die Polizeiaskari wurden in Wilhelmstal 5 mit Wellblech gedeckte Steinhäuser erbaut. Es sind 19 solcher Häuser vorhanden, in denen 35 Polizeiaskari untergebracht sind. Das Askaridorf ist ebenso wie die Dienst- und Wohngebäude des Bezirksamts hygienisch relativ günstig gelegen. Die Häuser sind zum größten Teil aus Bruchsteinen erbaut, verputzt und im Berichtsjahr zum größten Teil mit Wellblech gedeckt worden. Sie entsprechen somit billigen hygienischen Anforderungen. Nur einige wenige Lehmhütten sind noch auszumerzen.

Das gleiche gilt vom Kettengefängnis, das im Berichtsjahr durch zwei Räume erweitert und teilweise mit Zement verputzt wurde.

Für die Farbigen in Amani wird gut gesorgt, indem sie durchweg in festen, mit Wellblech gedeckten Lehmhäusern wohnen. Ein großer Feind aller Bautätigkeit ist die weiße Ameise, die die allermeisten Bauhölzer in kurzer Zeit vernichtet.

Da die Bauplätze in der Stadt Tanga durch die Europäer belegt werden, sind die Eingeborenen gezwungen, in die Vorstädte hinauszuziehen, in denen die Zahl der neu erbauten Hütten sehr groß ist.

Früher boten in Tanga die Makutidächer reichliche Schlupfwinkel für Ungeziefer, jetzt ist der größte Teil der im inneren Stadtbezirk stehenden Häuser mit Wellblech gedeckt. Auch im Bezirke werden, namentlich von den indischen Händlern, immer mehr Häuser zum Teil aus Wellblech gebaut, zum Teil wenigstens damit gedeckt.

Das Dorf Muhesa besteht aus 204 Hütten, die zu einem Teile mit Wellblech statt Stroh oder Palmblättern gedeckt sind.

In Bagamoyo sind baufällige Inderhäuser insbesondere während der Pestbekämpfung niedergelegt worden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Pangani erbaute der Arbaber Ali bin Nasor für sich ein großes Steinhaus; im Januar 1912 vernichtete eine Feuersbrunst eine Reihe von Eingeborenenhütten, die wieder neu erstanden sind. Alte Hütten wurden nach Abbruch durch neue ersetzt. Das alte Pulvermagazin wurde abgebrochen und ein neues erbaut.

Beanstandet wurde in Daressalam von der Gesundheitskommission, daß das Inderviertel zu dicht bevölkert ist und die armen Inder und Banjanen in dunklen, fensterlosen Räumen untergebracht sind. Für ihre bessere Unterkunft wird Sorge getragen. Auch die Unterbringung von Vieh in der Araberstraße gab zu Beschwerden Veranlassung. Deshalb wurde auf Antrag der Gesundheitskommission vom 10. Januar 1912 Viehhaltung in der Stadt verboten.

In Daressalam bestehen schätzungsweise etwa 4 000 Negerhütten. Der Eingeborene bezahlt monatlich 2 bis 3 Rp. Miete für einen Wohnraum.

In Kilwa konnte gegen Ende des Berichtsjahres auf Dienstreisen eine erhöhte Bautätigkeit der Eingeborenen der küstennahen Striche sowohl wie des Hinterlandes beobachtet werden. Die jungen Männer werden, wie die Leute angaben, in vielen Fällen von den Alten veranlaßt, sich selbst Häuser zu bauen, weil die Kopfsteuer das Zur-Miete-Wohnen und Sich-Herumdrücken um die Steuer für eine eigene Hütte überflüssig machte. Wenn auch die einzelnen neuen Hütten kleiner sind als die alten, sind sie doch gesundheitlich vorzuziehen, da die Übertragung vieler Seuchen durch die räumliche Trennung erschwert wird. Vermögende Farbige mit mehreren Frauen, wie z. B. Jumben, haben im letzten Jahre mehrere Häuser fertig gebaut und noch andere im Bau. Daß die Häuser nicht allzu dauerhaft gebaut werden, hängt mit dem Felderwechsel und der Verlegung der Dörfer zusammen.

Die Unterkunft der Farbigen im allgemeinen und der Polizeitruppe im besonderen ist in Moschi nach wie vor ungünstig, da bei der schlechten und leichten Bauart der Lehmhütten mit Bananendach diese den Unbilden der recht reichlichen und häufigen Regenfälle und Stürme und den Angriffen der Termiten und Bohrkäfer sich in keiner Weise gewachsen zeigten und trotz dauernder Reparaturen sich stets in einem ganz elenden Zustande befinden.

Die Unterkunft der Kettengefangenen ist im ganzen gut, da sie in massiven Räumen leben, die sich sauber halten lassen. Immerhin ist das Gefängnis längst zu eng für die große Zahl der Gefangenen geworden.

Die Bautätigkeit der Farbigen in Neu-Moschi war bisher schon sehr rege. Die indischen Kaufleute haben schöne, große Wellblechhäuser aufgeführt, die für ihre Bedürfnisse genügen und auch einigermaßen sauber gehalten werden können. Die Neger haben ebenfalls angefangen, Hütten im Eingeborenenstil in besserer Art zu bauen, als man es gewöhnlich sieht. Die meisten Hütten sind allerdings noch Grashütten. Im übrigen Bezirk war die Bautätigkeit sehr gering. An nennenswerten Steinhäusern wurden nur einzelne Gebäude bei den Missionen, so die große Kirche in Rombo, gebaut. Die übrigen Ansiedler, Pflanzer wie Farmer, begnügen sich meist mit recht mäßigen Häusern oder Lehmhütten, die sie zwar zu verbessern bestrebt sind, ohne jedoch meist die nötigen Mittel für das hier recht kostspielige Bauen von guten Steinhäusern aufbringen zu können.

Die Behausungen der Polizeiaskari in Aruscha sind mit Gras gedeckte Lehmhäuser; die am Meruberge wohnenden Eingeborenen wohnen in niedrigen, aus Bananenblättern hergestellten Hütten.

In Mpapua erhielten die Askarihäuser sämtlich Wellblechbedachung. Vorarbeiten zur Anlage einer gemeinsamen Kocheinrichtung — bisher wurde in den Hütten gekocht — wurden eingeleitet.

Wenig günstig liegen die Verhältnisse im Ort Morogoro. Hier gilt im allgemeinen auch für die Unterkunft der Farbigen das über die Europäerunterkunft Gesagte in entsprechender Weise. Die Bautätigkeit unter den Farbigen war recht rege, man sieht auch hier unverkennbar das Streben nach hygienischer Verbesserung der Unterkunft.

Die Askarihäuser von Kilossa liegen an und in der Nähe der Hauptstraße, östlich unterhalb des Bomahügels.

Sie sind mit Stroh gedeckte Lehmhäuser, die im Berichtsjahr durch Ausbesserung der Dächer und sonstige kleinere Reparaturen wieder in bewohnbaren Zustand gebracht worden sind.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Inderhäuser sind durchweg aus Holz mit Wellblech gedeckt und haben Zementfußböden. Neubauten sind nicht entstanden. Seit der diesjährigen großen Überschwemmung des Mukondukwa, durch welche das ganze Eingeborenendorf, mit Ausnahme der nördlich von der Eisenbahn am Gebirge gelegenen Häuser, zerstört wurde, haben sich die Eingeborenen fast alle auf einen nahe der Berge befindlichen Hügel gezogen, woselbst sie jetzt ihre Lehm- und Matetehütten erbaut haben.

Die in Mahenge wohnenden indischen Händler haben zum größten Teile Steinhäuser mit Wellblechdach errichtet. Bei einigen Indern sind die Steinhäuser noch mit Stroh gedeckt, einige Inderhäuser sind noch im Bau begriffen. Die Eingeborenen bauen ihre Hütten in der üblichen Art aus Holzgerüsten, die mit Lehm überstrichen werden; die Hütten werden durchweg mit Stroh gedeckt. Baufällige und zerfallene Hütten müssen auf Anordnung der Station abgerissen werden. Die Häuser der Händler und die Hütten der Eingeborenen folgen den vorgeschriebenen Straßenzügen. Die in der Nähe der Station gelegenen Gebäude mußten sämtlich abgerissen werden, um freies Schußfeld zu bekommen, so daß jetzt die Ortschaft erst hinter dem Marktplatze beginnt.

In Muansa wurde der Neubau der Schule — ein massives Steinhaus mit Wellblechbedachung — in Angriff genommen. Außerdem entstanden 4—5 Inderhäuser (Luftziegelbauten mit Wellblechbedachung) und 3—4 Wasuahelihäuser (Luftziegelbauten mit Stroh- und Wellblechbedachung).

Die Farbigen in Kilimatinde wohnen durchweg in Lehmhäusern mit flachen Dächern (sog. Temben). Bei dieser Bauart bilden mehrere Wohnhäuser ein in sich geschlossenes System. Sie sind so gebaut, daß die ganze Häusergruppe ein Viereck umschließt, in dem das den Tembenbesitzern gehörige Vieh nachts Unterkunft findet.

Die Mehrzahl der Askariwohnungen in Udjidji bedarf wegen Baufälligkeit eines gänzlichen Neubaues. Mit der Anlage eines neuen Askaridorfes wurde der Anfang gemacht.

Für die Kettengefangenen wurde in Usambara eine neue Küche gebaut. Im Askari- und Trägerdorfe sind die baufälligen Hütten durch neue ersetzt worden.

Im Händlerdorfe ist fleißig gebaut worden. Neu entstanden sind drei Inder- und ein Araberhaus. Große Gebäude aus luftgetrockneten Ziegeln, die mit Bananenblättern und mit Gras gedeckt sind. Alle vier dienen zu Handelszwecken; sie enthalten den Wohnraum für den Besitzer und gleichzeitig einen Verkaufsraum. Daneben sind noch kleine Lagerhäuser angelegt. Auch die Hütten der Eingeborenen im Dorfe haben an Zahl zugenommen. Neue sogenannte Wasuahelihäuser sind teilweise an Stelle der alten Rundhütten getreten. Neue Straßen sind angelegt, die alten gerichtet. Jeder Platz für ein neu zu bauendes Haus wurde von der Residentur abgemessen und abgesteckt. Überflüssige Bäume und Sträucher sind entfernt, so daß das ganze Dorf jetzt einen wesentlich freundlicheren und saubereren Eindruck macht. Dort, wo früher Gruben und Löcher waren, sind sauber zugeschüttete Plätze entstanden.

Die Askarihäuser Bukobas blieben wie früher. Dagegen wurde ein neuer Kettenraum aus gebrannten Steinen und Kalk errichtet. Der Fußboden wurde, da sich Zement als zu kostspielig erwies, aus Ziegeln hergestellt, und die Fugen mit Kalkmörtel verschmiert. Am Strande wurden unweit der Kanweimündung einige Strohhütten als Quarantänestation eingerichtet.

4. Verpflegung.

A. Europäer.

Der Verbrauch von Fleisch- und Gemüsekonserven ist in Tanga, Wilhelmstal und Amani verhältnismäßig gering, da es täglich frisches Fleisch gibt; Gemüse und Kartoffeln werden von den Ansiedlern in Usambara gebaut und, ebenso wie Wurst, Schinken und Tafelbutter, nach Tanga geliefert. Seitdem die Usambarabahn Moschi erreicht hat, trifft allwöchentlich eine größere Sendung frischer Butter hier ein, die ein Ansiedler vom Kilimadjaro liefert; der Preis für 1 Pfd. beträgt in Tanga 2 ℳ. Obst gibt es das ganze Jahr hindurch.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verpflegung der Europäer Panganis war im Berichtsjahr gut und abwechselnd. Fleisch war jeden Tag auf dem Markt zu haben, das Pfund kostet 25 H. Gemüsekonserven wurden nur im letzten halben Jahre verbraucht, da es im ersten halben Jahre fast täglich frisches Gemüse gab.

Der an Fleischgenuß gewöhnte Europäer muß in Bagamoyo wegen Mangel an Fleisch und Abwechslung in der Fleischart seine Gewohnheiten stark einschränken. Rindfleisch wird zum Teil aus Daressalam bezogen, da es nur 6mal monatlich zum Verkauf gelangt. Kalbfleisch ist ein seltener Genuß, Hammelfleisch ist noch seltener, da die Farbigen im Hammelfleisch den Erreger der Wurmkrankheit erblicken. Ziegenfleisch ist zwar täglich auf dem Markte zu haben, widerstrebt aber bald dem europäischen Gaumen. Schweinefleisch ist überhaupt nicht zu haben, und Geflügel ist zu teuer.

Im Laufe des Berichtsjahres wurden in Bagamoyo geschlachtet:

60 Rinder,
40 Kälber,
78 Schafe,
968 Ziegen und
4 Kamele.

Für 1 Pfd. (englisch) wurden bezahlt:

für Rindfleisch	30—50 H.,
» Kalbfleisch	30—50 »
» Schaffleisch	40 »
» Ziegenfleisch	40 »
» Kamelfleisch	30 »

Eine regelmäßige Fleischbeschau wird mangels vorgebildeten Personals in Bagamoyo nicht ausgeübt.

Fische finden bei den Europäern wenig Anklang.

An frischen europäischen Gemüsen ist Bagamoyo sehr arm; einheimische Früchte gibt es ebenfalls nicht allzuviel.

Daressalam wird durch die Mittellandbahn aus den viehreichen Bezirken Mpapua, Kilimatinde, Kondoa-Irangi, Iringa und Muansa mit Groß- und Kleinvieh reichlich versorgt. Es wurden vom 1. April 1911 bis 31. März 1912 241 Schweine, 1970 Rinder, 355 Kälber, 4 430 Ziegen und Schafe geschlachtet. Alles Schlachtvieh wird der Fleischbeschau unterworfen.

Der Preis für 1 Pfd. (englisch) betrug:

Rindfleisch	25—35 H.,
Schaffleisch	37—40 »
Ziegenfleisch	37—40 »
Schweinefleisch	50—70 » .

Auch Geflügel, das hauptsächlich von Eingeborenen gezüchtet wird, wurde in genügender Menge auf den Markt gebracht.

Für eine Taube wurde durchschnittlich 0,50 H.,
» ein Huhn » » 1,25—2,00 Rp.,
» eine Ente » » 1,20—2,00 » bezahlt.

Fische liefert der Ozean in großer Mannigfaltigkeit. Wegen ihres Wohlgeschmackes sind sie sowohl bei Europäern wie besonders bei Farbigen sehr beliebt. Da jedoch der Fischfang nur von Eingeborenen betrieben wird, deren Mangel an Erwerbssinn eine regelmäßige Ausübung ihres Fischereigewerbes beeinträchtigt, so herrschte öfter Mangel an besseren Fischsorten; auch ist der Preis unverhältnismäßig hoch. Für 1 Pfd. Fisch werden etwa 25—30 H. bezahlt.

Bei anderen wichtigen Nahrungsmitteln, wie Milch, Butter, Gemüse, sind die Europäer noch zum Teil auf Konserven angewiesen.

Frische Milch liefern, etwa 30—100 l zusammen, die katholische Mission, Devers und Grasse; außer diesen noch Araber und Inder. 1 l Milch kostet 40 H. Sie ist vor allem als Säuglingsmilch unbrauchbar, da ihre Beschaffenheit zu sehr wechselt; von Tinmilch werden »Bärenmarke« und Marke »Milchmädchen« bevorzugt.

Auch der Bedarf an Butter kann durch das Schutzgebiet nicht gedeckt werden. Frische Butter wird in Daressalam selten verkauft. Von auswärts liefern

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Illich in Quai 2 Pfd. Tins für 3 Rp. Als Kochbutter wird häufig Tinbutter aus Bombay, als Tafelbutter meist holsteinische verwendet.

Gemüse zum Verkauf pflanzen in Daressalam nur die katholische Mission und zwei Chinesen; 1 Korb frisches Gemüse, das für etwa 8 Personen zu einer Mahlzeit als Beikost reicht, kostet nach der Regenzeit etwa 1 Rp. Auch aus Morogoro wurde gelegentlich frisches Gemüse auf den Markt gebracht. Außerdem bestehen für den eigenen Gebrauch eine Anzahl Hausgärten.

Frische Früchte gab es das ganze Jahr hindurch in großer Abwechslung, Ananas 20—50 H., Embe (Frucht des Mangobaumes) 3—15 H., Bananen 1 H., Kokosnuß 8—10 H.

Eier verkauften Europäer, z. B. katholische Mission, und vor allem Eingeborene; ein Trinkei von europäischen Hühnern kostete 10—12 H., die anderen 6—9 H.

Kartoffeln wurden von Nairobi oder Usambara eingeführt. Der Zentner kostete 5—7 Rp.

1 Pfd. Weizenmehl kostete 25, 1 Pfd. Roggenmehl 20 H. Weizenmehl kommt von Rumänien, Roggenmehl von Deutschland.

Da in der Umgebung von Mohoro und in Mohoro selbst nur sehr wenig Rinder sind, die nur dann geschlachtet werden, wenn sie drohen an Tsetse einzugehen, ebenso keine Ziegen oder Schafe als Schlachtvieh verkauft werden, so ist der Europäer auf Hühner als Fleischkost angewiesen, die 25—50 H. pro Stück kosten. In der Trockenzeit bietet das erlegte Wild eine gern gesehene Abwechslung; am Ende der Regenzeit beim Zugehen des Wassers kommen gelegentlich auch brauchbare Fische auf den Markt. An Körnerfrüchten wird nur Reis gebaut; Gemüse fehlt, so daß die Europäer in der Hauptsache auf Gemüsekonserven angewiesen sind, die von Deutschland aus durch Zoll und Transport, von den Indern durch den Zwischenhandel ziemlich teuer werden. Früchte: Apfelsinen, Bananen, Emben, Mustaphelen und Papayen sind billig, aber an bestimmte Zeiten im Jahre gebunden.

Die Verpflegung der Europäer in Kilwa wurde durch Anziehen der Fleischpreise infolge mangelnder Zufuhr aus Mafia etwas verteuert. Frisches Gemüse wurde von einzelnen Europäern in Kilwa selbst gebaut, von einer Pflanzung in geringen Mengen auch zum Verkauf gebracht. Die Milch- und Eierpreise sind sich mit geringen, durch die Jahreszeit bedingten Schwankungen gleichgeblieben. Rindfleisch kostet 40 H., Ziegen- und Schaffleisch 50 H., Hühner je nach der Größe 25—50 H, Enten 1,25—1,75 Rp., Truthühner 5—8 Rp., 1 l Milch 15—18 H., Eier 3—6 H.; Früchte, wie Ananas, Apfelsinen, Mango, Bananen, Mapera, sind fast das ganze Jahr hindurch erhältlich.

Von jeher bot die Verpflegung in der Station Lindi für die europäische Bevölkerung Anlaß zu Klagen. An Fleischnahrung waren nur Geflügel und von Zeit zu Zeit Ziegenfleisch, ferner Fische erhältlich; europäische Gemüse gedeihen schlecht und werden nicht gebaut. Da die Verpflegungsfrage immer brennender wurde, beantragte im November 1911 die Sanitätsdienststelle, daß die Einführung von Schlachtochsen in die Hand genommen würde. Diesem Antrage gab das Gouvernement im Dezember 1911 statt, und seit Januar 1912 wurden einmal monatlich zwei Rinder über See eingeführt.

Die Verpflegung der Europäer Ssongeas besteht aus Fleisch, heimatlichen Gemüsearten, Obst, Fisch, Eiern und Milch. Die Europäer der Station wie die der Missionen bauen ihren Bedarf an Gemüse und Kartoffeln selbst an; die letzteren werden auch häufig von den Eingeborenen angepflanzt und von den Europäern aufgekauft. An Früchten gibt es hier Erdbeeren, Mango, Papayen, Pfirsiche, Mapera und Kapstachelbeeren.

Fleisch- und Gemüsekonserven werden wenig gebraucht, da hier eben alles frisch zu haben ist.

Die Europäer im Bezirk Moschi können sich völlig so ernähren wie in der Heimat. Alle Arten von Gemüse gedeihen überall gut, ebenfalls Kartoffeln. Europäisches Obst ist meist nicht erhältlich, höchstens Pfirsiche. An seine Stelle treten afrikanische Obstarten wie Papaya, Ananas, Apfelsine und Mustafeli. Dagegen gedeihen Erdbeeren überall gut. Fleisch von Rindern, Schafen und Ziegen ist auf den Märkten stets erhältlich, ebenso Hühner. Auf Reisen sorgt Wildbret für Abwechslung. Gute Fische sind in den Flüssen und Seen überall

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

vorhanden, werden jedoch den Europäern selten geliefert, da die Entfernungen meist zu groß sind, um die Fische lebend auf die Pflanzungen oder die Märkte zu bringen. Getränke bezieht man aus Europa oder man trinkt Bier aus Daressalam. Dazu wird der hier gebaute Kaffee viel genossen. Frische Butter ist meist bei den Kaufleuten erhältlich, Milch dagegen nur in Gegenden, in denen man Rindvieh halten kann, was an vielen Stellen der Tsetsefliege halber nicht möglich ist. Die von den Eingeborenen gelieferte Milch ist außerdem häufig unsauber und stark mit Wasser versetzt.

Konserven von Delikatessen werden viel verbraucht, ebenso Gemüsekonserven auf Reisen.

In Aruscha ist täglich frisches Fleisch zu haben; das Pfund Rindfleisch kostet 20 H., das Pfund Schweinefleisch 60 H. In den Gärten gedeihen alle europäischen Gemüsearten und Früchte, auch Artischocken, Spargel, Erdbeeren, Feigen, Mandeln, Pfirsiche, Aprikosen, Wein.

Die Verpflegung der Europäer in Mpapua war gut. Frisches Fleisch war stets vorhanden, Gemüse baut sich jeder selbst in reichlichen Mengen, Kartoffeln werden von Kiboriani und Mamboya hergebracht. Alle übrigen Sachen werden nach wie vor von der Küste bezogen. Durch die gute Bahnverbindung treffen die Lasten etwa 7 Tage nach der Bestellung ein.

Die Verpflegungsverhältnisse für Europäer in Kondoa-Irangi müssen als gut bezeichnet werden. Rindfleisch ist das ganze Jahr hindurch vorhanden, durchschnittlich werden in der Stadt täglich 2 Rinder geschlachtet. Außerdem werden Schweine, Enten, Hühner und Tauben gehalten. Für die Versorgung der Europäer mit frischen Gemüsen stehen zwei Gemüsegärten zur Verfügung, einer für die Offiziersmesse, der andere für die Beamten des Gouvernements. Beide werden durch eine sehr zweckmäßige Bewässerungsanlage versorgt, die von einem im Norden gelegenen Sumpf, der das ganze Jahr hindurch hinreichend Wasser liefert, gespeist wird, so daß auch während der von Mitte April bis Dezember anhaltenden Trockenzeit hinreichend Gemüse vorhanden ist. An Gemüsesorten werden angebaut und gedeihen gut: Kohl, Kohlrabi, Bohnen, Mohrrüben, Radieschen und Kartoffeln. Mit der Bewässerungsanlage im Garten der Offiziersmesse steht ein Fischteich mit ständig strömendem Wasser in Verbindung. Der Verbrauch an Fleisch- und Gemüsekonserven ist unter diesen Bedingungen recht gering.

Europäisches Gemüse und Kartoffeln — letztere zum Teil von Eingeborenen angebaut — gedeihen auf den Pflanzungen im Bezirke Morogoro, die sich mit dem Anbau derselben beschäftigen, fast das ganze Jahr hindurch. Auch der Stationsgarten vermag, wenn ihm die nötige Sorgfalt zugewendet wird, sehr wohl Abwechslung in die Europäerküche zu bringen. Obst und Früchte sind in den Anlagen der Fruchtkulturstation reichlich vorhanden.

Der Markt wird im allgemeinen sehr reichlich beschickt. Fleisch ist — abgesehen von dem seltenen und darum teuren Geflügel — stets reichlich, aber — wie bei dem Mangel einer Fleischbeschau nicht anders zu erwarten — meist in mangelhafter Qualität vorhanden. Schweinefleisch, frische Wurst, Räucherwaren sind wöchentlich einmal beim europäischen Schlächter zu haben. Eier sind selten und teuer.

Die Bedürfnisse der Europäerküche lassen sich mithin im allgemeinen aus dem Lande und bei hiesigen Firmen decken, auch sind die Preise nicht übermäßig teuer.

Die Verpflegungsverhältnisse der Europäer in Kilossa lassen noch viel zu wünschen übrig. Fleisch und Eier sind zwar genügend vorhanden und auf dem Markte zu relativ billigen Preisen zu haben (1 Pfd. Fleisch 20 H., 1 Ei 3—4 H.). Europäisches Gemüse wird nur vereinzelt in Kilossa gepflanzt. Daher ist ein Teil der Europäer auf Konserven angewiesen, deren Preise in den hiesigen Inderläden so hoch sind, daß die meisten Europäer darauf verzichten, oder sich ihren Bedarf von der Küste kommen lassen, was sich trotz der hohen Fracht doch noch billiger stellt. Der Bedarf an Kartoffeln muß aus Kaguru oder außerhalb gedeckt werden, z. B. aus Iringa, Mahenge oder der katholischen Mission Ilonga. Der Preis ist infolge der Trägerlöhne ein hoher, für die Last (60 Pfd.) 6—8 Rp.

Die Ottopflanzung bei Kilossa hat viel europäisches Gemüse nach Dodoma und Manyoni hin verkauft.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Verbrauch der Europäer Iringas an Konserven ist sehr gering. Fleischkonserven fallen ganz fort, da im Ort täglich geschlachtet wird. Außerdem sind die hier angesessenen Europäer fast durchweg Züchter von Schweinen, Schafen und Geflügel aller Art (Hühner, Enten, Gänsen, Puten).

Die im Tal in der Nähe des kleinen Ruaha angelegten Gärten liefern reichlich Gemüse zu allen Jahreszeiten, da hier auch in der Trockenzeit das zum Bewässern nötige Wasser aus dem Fluß entnommen werden kann. Es wächst wohl alles europäische Gemüse, vor allem gedeihen vorzüglich Kartoffeln, die auch von den Eingeborenen, namentlich in den Utschungwe-Bergen und Ussangu angebaut und zum Verkauf gebracht werden. Sehr gut gedeihen Pfirsiche und Erdbeeren.

Die Verpflegung der europäischen Bewohner des Bezirks Mahenge besteht, wenigstens am Stationsorte, nur zum geringen Teil aus Konserven, da fast alle europäischen Gemüse, ferner Kartoffeln und Weizen hier gut gedeihen. Auch bilden die im Lande heimischen Fruchtarten, die teils im Upogoro-Hochland, teils in den nahegelegenen Flußebenen reifen, eine wichtige Ergänzung der Verpflegung. In den Bergen hält sich Vieh ganz gut, wenn es nicht infiziert dahin gelangt ist, so daß auch Milch und Butter nicht fehlen. Die in der Ebene einige Tage vom Stationsort wohnenden Europäer können leicht vom Stationsorte beziehen, was sie selbst nicht produzieren können. Fleisch wird am Stationsorte fast jeden Tag auf dem Markte feilgeboten, so daß Fleischkonserven nur ausnahmsweise gebraucht werden.

In der Verpflegung der weißen Bevölkerung Neu-Langenburgs sind größere Änderungen nicht zu vermerken. Der Stationsarzt weist jedoch darauf hin, daß der Anlage von Gemüsegärten und Obstanlagen auf den einzelnen Stationen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden müßte.

Die Europäer in Massoko bei Neu-Langenburg sind auf den Verbrauch von Konserven sehr wenig angewiesen, da es täglich frisches Rind-, Ziegen- oder Schaffleisch auf dem Markte zu kaufen gibt; aber auch Schweinefleisch ist des öfteren durch die Missionen zu haben. Ein Gemüsegarten liefert alles europäische Gemüse und einige Arten Früchte. Bei den Missionen können aber auch noch weitere Sorten von Früchten gekauft werden. Weizen und Kartoffeln werden von den hiesigen Eingeborenen angebaut und sind zu angemessenen Preisen fast zu jeder Jahreszeit zu haben.

Der Verbrauch von Fleisch- und Gemüsekonserven beschränkt sich in Muansa meist nur auf Reisen, da auf der Station täglich frisches Fleisch in genügender Menge und guter Beschaffenheit zu haben ist und fast jeder Europäer seinen eigenen Gemüsegarten pflegt. Wurst- und Schinkenkonserven werden der Abwechslung in der Speisenfolge halber ziemlich viel verbraucht.

Die in Schirati und Niavangi wohnenden Europäer können täglich auf dem Markt frisch geschlachtetes Rind-, Ziegen- und Schaffleisch erhalten. Hühner können auch überall gekauft werden. Europäische Kartoffeln gedeihen auch überall, ebenso Gemüse. In den Inderläden kann man auch Konserven kaufen.

Die Verpflegung der Europäer Kilimatindes ist sehr abwechslungsreich, da fast alle Arten europäisches Gemüse ziemlich das ganze Jahr in den eigenen Gärten der Europäer gedeihen. In Kilimatinde und in Singidda sind Märkte eingerichtet, auf denen jeden Tag ein Stück Vieh geschlachtet wird. Der Preis für 1 Pfd. ist von der Regierung auf 12 Pf. festgesetzt.

Die Verpflegung der weißen Bevölkerung Bismarckburgs läßt an Abwechslung zu wünschen übrig, sofern nicht zu Konserven gegriffen wird. Regelmäßig geschlachtet werden Hammel und namentlich Ziegen, Rinder höchstens 2—3 im Monat. Einige Abwechslung bieten Fische aus dem See, unter denen es wohlschmeckende Arten gibt. Europäisches Gemüse wird im Stationsgarten gezogen. Kartoffeln und Weizenmehl liefern die Missionen der Weißen Väter, die auch gelegentlich Früchte und Gemüse senden.

Stationsvieh gibt es nicht; einige von einem Sultan gegen Bezahlung entlehnte Kühe liefern die für den Morgenkaffee eben nötige Milch.

Frisches Rind- und Ziegenfleisch steht in Udjidji täglich zur Verfügung, frisches Gemüse meist nur zur Regenzeit. Doch gelingt es auch in der Trockenzeit durch ständiges Begießen des nahe am See gelegenen Gartens, europäische Gemüsepflanzen zu ziehen. Fleischkonserven werden so gut wie nicht verbraucht.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verpflegungsverhältnisse Usumburas für Europäer sind sowohl auf der Station als auch auf Reisen im Bezirk ausgezeichnet. Fleisch, Fische, verschiedene Gemüsearten, Kartoffeln, Obst sind in dem so viehreichen und fruchtbaren Lande überall und zu jeder Zeit leicht zu beschaffen. Sie bieten auch eine ausreichende Abwechslung. Der Tanganyka ist sehr fischreich. Der Verbrauch von Konserven ist hier ganz unwesentlich und beschränkt sich in der Hauptsache auf Mehl, Zucker, Gewürze und einige sonstige Zutaten. Hühner sind in der Ebene reichlich vorhanden, oben auf den Bergen so gut wie gar nicht.

Fleisch- und Gemüsekonserven werden in Kissenji so gut wie gar nicht gebraucht, da in den sehr großen Gärten fast alle europäischen Gemüse ausgezeichnet gedeihen, und Fleisch — Rind-, Ziegen- und Schweinefleisch — reichlich und immer frisch vorhanden ist.

Die Verpflegung in Bukoba ist ziemlich reichlich und auch relativ abwechslungsreich, soweit das überhaupt in den Tropen möglich ist. Auf dem Markte werden meist Rinder, allerdings durchweg alte, abgetriebene, magere Tiere, geschlachtet, ab und zu auch eine Ziege. Getrocknete Fische, meist Welsarten, kommen täglich zahlreich zum Verkauf, frische relativ wenig; gute und schmackhafte Fische gibt es auch nur sehr wenige Arten. Eier und Milch sind meist in genügender Menge zu haben, daneben werden auch Ananas und Papayen auf dem Markte gehandelt. Gemüse gedeiht ziemlich gut in dem angelegten Garten. Europäische Kartoffeln werden in vielen Teilen des Bezirkes, so besonders in Bugabo und Karagwe gebaut und nach Bukoba zu Verkauf gebracht. Konserven werden nur wenig gebraucht, besonders Frühstückskonserven, Früchte und Jams.

B. Farbige.

Die Nahrungsmittel der Eingeborenen im Bezirke Wilhelmstal bestehen hauptsächlich aus Mais, Mtama, Reis, Mohogo, Süßkartoffeln, europäischen Kartoffeln, Bananen, Bohnen und Zuckerrohr.

Die Ernten genügten im größten Teil des Bezirks. Eine vorübergehende Lebensmittelknappheit trat in dem sehr trockenen Akidat Mlola ein, und eine Missionsstation berichtet von Südpare, die Ernten seien im Berichtsjahre allenthalben sehr klein gewesen oder ganz ausgefallen, so daß die Leute in Scharen zur Mission gekommen seien, um Lebensmittel zu kaufen. Doch ist diese Beobachtung nur ganz lokaler Natur.

Als durchschnittliche Preise können angenommen werden:

	100 kg
für Mais	8—16 Rp.,
» Hirse	8—16 »
» Süßkartoffeln	10 »
» europäische Kartoffeln	6—10 »
» Mohogo	10 »
» Bohnen	10—15 » .

Die Verpflegung der Kettengefangenen und der Kranken im Eingeborenenhospital bestand meistens aus Reis, Mais, Bohnen, Kartoffeln und Fleisch. Schwerkranken wurden, ihrem Leiden und Körperzustand entsprechend, besondere Speisen und Stärkungsmittel verabfolgt.

Kleine Märkte finden in Amani, größere täglich im $2^1/_2$ Stunden entfernten Lunguza statt, wo zu angemessenen Preisen die ortsüblichen Nahrungsmittel je nach der Jahreszeit Mais, Mohogo, Bananen, Kartoffeln, Mehlarten und Fleisch gehandelt werden.

Teuerungen treten dann ein, wenn die bekannten Regenzeiten nicht ausgiebig genug gewesen sind oder ganz ausbleiben. Im verflossenen Jahre konnte die ackerbautreibende Bevölkerung nicht klagen. Für Verpflegung der Kettengefangenen in Amani sorgt der Akide. Pro Kopf und Tag sind 10 H. Verpflegungsgelder ausgesetzt.

Die Kranken im Hospital erhalten täglich je 15 H. und müssen sich selbst beköstigen.

Unzuträglichkeiten hat diese Art der Verpflegung noch nicht gezeitigt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In der Ernährung der farbigen Bevölkerung des Bezirkes Tanga spielt der von Indien importierte Reis noch immer eine große Rolle, da die eigene Produktion den Bedarf bei weitem nicht deckt. Die Kranken im Eingeborenenhospital erhalten ebenfalls vorwiegend Reis, $1\frac{1}{4}$ Pfd. täglich, und jeden zweiten Tag $\frac{1}{4}$ Pfd. Fleisch oder Fisch, außerdem nach Bedarf Zulagen, wie Milch, Mehlsuppen, Bananen und Mohogo. Die Kettengefangenen erhalten täglich 2 Pfd. Mohogo und $\frac{1}{2}$ Pfd. Reis oder Mtama, jeden Sonntag Fleisch und viermal in der Woche Fisch, je $\frac{1}{4}$ Pfd.

In einigen Gegenden des Bezirkes, namentlich auf den Bergen, blieb längere Zeit der Regen aus, der sich sonst über das ganze Jahr ausdehnt. Es trat dadurch eine Zeitlang Nahrungsmittelknappheit in den betroffenen Gegenden ein.

Auf dem Markte in Muhesa sind Nahrungsmittel aller Art täglich zu angemessenen Preisen zu haben. Jeden Donnerstag ist großer, jeden Sonntag kleiner Markttag. Die Verpflegung der Kettengefangenen besteht aus Mais und Bohnen mit Fleisch; sie ist gut und reichlich, denn die abgemagert in Haft kommenden Häftlinge sehen nach einiger Zeit meist gut genährt aus. Die Kranken des Eingeborenenhospitals erhalten die gleiche Verpflegung wie die Gefangenen. Diese Verpflegung für etwa 80 Lazarettkranke wird im Dorfe beim Akiden gekocht und dann 10 Minuten weit ins Hospital gebracht, ein umständliches Verfahren, das einer Änderung dringend schon aus dem Grunde bedarf, weil den Kranken nur einmal täglich um 4 Uhr nachmittags ihr Essen verabreicht wird.

Die Nahrungsmittel der Eingeborenen im Bezirke Pangani sind hauptsächlich Reis, Mais, Bohnen, Erbsen, Fleisch und Fisch, auch Obst und Gemüse, wenn es zu haben ist. In drei Markthallen, eine für Fleisch, eine für Fische, eine für Obst und Gemüse, werden täglich Nahrungsmittel verkauft. Die Preise sind durchweg niedrig. Im Monat Januar und Februar stiegen die Reispreise, sie fielen aber im März schon wieder.

Die Verpflegung der Kettengefangenen ist abwechslungsreich; sie bekommen Reis, Bohnen, Erbsen, Mais und wöchentlich zweimal Fleisch oder Fisch. Auch die Hospitalkranken erhalten abwechselnde Kost und jeden zweiten Tag Fleisch oder Fisch.

Die farbige Bevölkerung Bagamoyos verbraucht neben Ziegenfleisch sehr viel frische und getrocknete Fische. Große Mengen getrockneter Fische werden auch noch von Zanzibar eingeführt. Die Hauptnahrung besteht aus Negerhirse, Reis, Bohnen und Knollenfrüchten, über deren Preise die folgende Tabelle Aufschluß gibt:

Gegenstand	Menge kg	April Rp.	Mai Rp.	Juni Rp.	Juli Rp.	August Rp.	September Rp.	Oktober Rp.	November Rp.	Dezember Rp.	Januar Rp.	Februar Rp.	März Rp.
Mtama	100	10,50	9,75	10,50	9,25	8,50	10,00	10,00	12,25	11,00	10,25	11,00	11,00 bis 11,50
indischer Reis	100	13,25	12,00	12,50	16,25	16,75	18,00	20,75	20,00	21,00	21,25	22,00	21,00
einheimischer Reis	100	—	—	—	—	—	22,25	24,00	26,50	25,00 bis 28,00	29,25	29,25	18,00
Bohnen	100	11,65	17,00	13,00	16,25	9,25	10,25	10,50	12,25	11,00 bis 11,25	12,25 bis 15,00	13,50 bis 14,50	15,75
Mais	100	10,50	9,75	9,75	—	—	8,00	8,00	10,50	8,50 bis 10,33	9,00	9,00	9,75
Kokosnußöl	100	67,19	67,25	66,00	63,75	66,00	66,00	66,00	66,00	66,00 bis 68,00	68,75	65,50	65,50

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine Hungersnot ist während des Berichtsjahres im Bezirke Bagamoyo nirgends aufgetreten.

Die Verpflegung der farbigen Kranken besteht im allgemeinen abwechselnd in Reis, Bohnen und Negerhirse. Zur Beschaffung von Zukost, wie Fleisch und Fisch, wurden den Kranken außerdem pro Tag und Kopf 3 H. gewährt. Nach Bedarf werden für Magen- und Schwerkranke Milch und andere nahrhafte Nahrungsmittel angekauft. Zur Zubereitung der Speisen wird vom Bezirksamt eine Kettengefangene als Köchin gestellt.

Die Verpflegung der Ketten- und Untersuchungsgefangenen, aus Bohnen, Reis, Negerhirse, Fleisch und Fisch bestehend, ist ebenfalls gut und reichlich.

Die Nahrungsmittel der Eingeborenen des Bezirks und der Stadt Daressalam werden im Schutzgebiete selbst angebaut; nur Reis wird zum größten Teil noch von Indien eingeführt. Der Eingeborene pflegt täglich, je nach der Menge der Verpflegung, 1—3mal seine Mahlzeiten einzunehmen. Sie bestehen aus Pflanzenkost mit Fleisch oder Fisch als Beikost; abends genießt der Bessergestellte noch etwas Brot und Tee.

Die Verpflegung der Kettengefangenen ist reichlich und gut. Die Leute erhalten täglich zweimal Mais und Mtama mit Bohnen, dazu jeden zweiten Tag Fleisch zum Mittagessen. Die abwechselnde Mais- und Mtamakost wird an einem Tage durch Reis ersetzt. Außerdem wird den Leuten dreimal monatlich Fisch und zweimal monatlich Mohogo als Zukost gewährt.

Die Verpflegung stellt sich so auf 10 H. für den Kopf und Tag. Der leitende Arzt des Sewa-Hadji-Hospitals kontrolliert die Kettenverpflegung häufiger. Klagen über unzureichende oder mangelhafte Verpflegung sind ihm nie zu Ohren gekommen.

Die Nahrungsmittel werden in Daressalam meist nach einem Eingeborenenmaße »Kibaba«, einem Hohlmaß von 650 ccm, verkauft.

1 Kibaba Reis kostet durchschnittlich 18 H.,	Für eine Mahlzeit genügt einem erwachsenen Neger $^1/_2$ Kibaba.
1 » Mtama (Negerkorn) kostet durchschnittlich $7^1/_2$ H.,	
1 » Mais kostet durchschnittlich $5^1/_2$ H.,	
1 » Ulesi (Hirse) kostet durchschnittlich 12 H.,	
4—5 St. Bataten (Süßkartoffeln) kosten durchschnittlich 3 H.,	Für eine Mahlzeit genügt einem erwachsenen Neger für 6 H.
1 St. Mohogo kostet 3—6 H.,	
1 Kibaba Bohnen kostet 12 H.	Beikost.
1 » Erdnüsse kostet 18 H.	

Zu einer Mahlzeit ißt der begüterte Neger etwa für 6 H. Fleisch oder 9 H. Fisch, jedoch auch nicht täglich, als Beikost.

Gewürzt werden die Speisen mit Fett, Kokosnuß, Zwiebeln, Zitronen, rotem Pfeffer, Essig.

An Getränken nimmt der Neger, der dem Islam angehört, nur Wasser, Soda, Tee oder Kaffee zu sich; die Mehrzahl der Bevölkerung liebt berauschende Getränke, wie

Bier (Pombe) von Mtama und Mohogo, 1 Bakulitopf mit etwa $^1/_2$ l = 9 H.,
Wein (Tombo) von Palmsaft, 1 Flasche von $^3/_4$ l = 9 H.,
Bier (Kangala) von Mtama und Honig, 1 Flasche von $^3/_4$ l = 50 H.

Tabak raucht und schnupft der Neger; außerdem raucht er Hanf und Opium und kaut Bethel mit Kalk, Tabak und Stücken der Arekanuß.

Die Verpflegung der farbigen Kranken richtet sich nach den Verordnungen des leitenden Arztes.

Die volle Verpflegung besteht aus Mehlbrei oder Reis mit Fleisch, das täglich gegeben wird. Dazu werden nach Bedarf Mohogo, Kartoffeln, Brot, Fisch, Früchte gewährt. Als Kost für Schwerkranke wird Mehlsuppe mit Zucker oder Salz von Mais-, Mtama- oder Reismehl verordnet. Als Getränk bekommen die Kranken je nach Bedarf Milch, Sodawasser und Tee mit Zucker.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verpflegung der farbigen Kranken kostet im Durchschnitt für den Kopf und Tag 27 H.

Die Nahrungsmittel der Eingeborenen des Bezirks Rufiyi bestehen aus Feldfrüchten (Reis, Mais, Mtama, Mohogo) und getrockneten Fischen, die auf einem ständigen Markte zu haben sind.

Eine Hungernsot ist dieses Jahr nicht aufgetreten.

Die Marktpreise gestalten sich ungefähr wie folgt:

	100 kg		1 Stück
Mais	9,00 Rp.	Kühe	80,00 Rp.
Mtama	12,00 »	Ochsen	70,00 »
Einh. Bohnen	15,00 »	Ziegen	14,00 »
Indischer Reis	21,00 »	Schafe	13,00 »
Einh. Reis	23,00 »	Hühner	25—50 H.
Zucker	24,00 »		
Salz	7,00 »		

Die Verpflegung der Kettengefangenen besteht abwechselnd aus Reis, Mais, Negerhirse, Bohnen und ein- bis zweimal aus getrockneten Fischen.

Die Kranken im Eingeborenenhospital erhalten täglich 10 H. Verpflegungsgeld, das täglich ausgegeben wird.

Das Essen wird ihnen in der Küche des Hospitals zubereitet.

Trotz reichlicher Regenfälle in Kilwa war die Ernte an Eingeborenenprodukten schlecht. In manchen Gegenden, namentlich am oberen Mavudji und in einzelnen Teilen des Akidats Nakihu herrschte direkt Hungersnot. Dadurch litt naturgemäß der allgemeine Gesundheitszustand der farbigen Bevölkerung.

Die Lebensmittel der Eingeborenen waren nach der Matamaernte für 1911 für mäßige Preise erhältlich; in den Geschäften der Händler waren große Vorräte aufgespeichert. Leider können sich die Eingeborenen trotz aller Belehrungen nicht dazu verstehen, statt ihre frische Ernte für einen Spottpreis an die Händler loszuschlagen, sie aufzuheben und allmählich zu verkaufen. Der Trick, die Eingeborenen durch gewährte Vorschüsse zum Verkauf ihrer Produkte zu ganz unverhältnismäßig niedrigen Preisen zu nötigen, bildet noch immer den Hauptverdienst vieler Händler. Die Folge ist, daß die Leute auch nach guten Ernten bis zur nächsten Ernte Not leiden und Schwächere oder gelegentlich Erkrankte an Entkräftung sterben. Schlägt dann die Maisernte in einzelnen Landstrichen wegen Trockenheit fehl, wie im März 1912, so kommt es zu Hungersnöten wie am oberen Mavudji und an anderen Teilen des Akidats Nakihu im Süden des Bezirks.

Die Verpflegung der Kettengefangenen sowie der unbemittelten Kranken des Hospitals erfolgt von Seiten des Bezirksamts. Nach Möglichkeit wird für Abwechslung zwischen Reis, Mtama und Mais gesorgt, ferner auch Mehl verabfolgt.

Infolge Mißernte stiegen im Berichtsjahre im Bezirke Lindi die Getreidepreise, besonders die der Negerhirse, für Neger ins Unerschwingliche. In der Station Lindi sind von jeher auch die Verpflegungsverhältnisse der Farbigen ungünstig gewesen. Damit auch den Farbigen die Einführung von Rindern, von der oben schon die Rede war, zugute käme, wurde der Preis für ein Pfund Rindfleisch auf 30 H. festgesetzt.

Für die Eingeborenen des Bezirks Moschi stellt sich die Verpflegung mit Fleisch wie für die Europäer. Europäisches Gemüse essen sie im allgemeinen nicht; dagegen bauen sie viel Mais und Bananen, außerdem eine sehr feinkörnige Hirseart zum Brauen der beliebten Pombe. Märkte sind in allen Landschaften vorhanden und werden gewöhnlich reichlich beschickt.

Die Preise der Nahrungsmittel sind jetzt recht hoch, da durch den Bahnbau die Nachfrage stark stieg.

Die Verpflegung der Kettengefangenen ist reichlich und gut. Sie bekommen gewöhnlich Bananen und Mais, außerdem einmal wöchentlich Fleisch.

Ebenso ist die Verpflegung der Lazarettkranken, nur das hier die Bananenportion stets neben dem Mais in beliebiger Menge gegeben wird.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Eingeborenen von Ssongea pflanzen Negerhirse, Ulesi, Mohogo, Reis, Mais, Bohnen, Erbsen, Kartoffeln, Karanga und ernähren sich auch von diesen Erzeugnissen.

Auf dem Markte werden hauptsächlich nur Fleisch, Bananen, Fische, Mais, Karanga, Pombe verkauft, alle anderen Lebensmittel von den Händlern.

Die Kettengefangenen und Hospitalkranken werden mit Mais, Bohnen, Reis, Mtama ernährt; auch wird ihnen ab und zu an Sonntagen Fleisch verabreicht.

Die Eingeborenen im Bezirke Aruscha am Meru genießen außer Fleisch Milch, Honig, Mais, Bananen und Bohnen. Mais wurde bisher von den Waaruscha unzerkleinert, aber gekocht gegessen; vereinzelt lernen sie, Mais zu Mehl zu mahlen und Mehlbrei zu bereiten. Ein deutscher Farmer hat die Wasserkraft eines Baches ausgenutzt zu einer Mühle zum Maismahlen.

Die Eingeborenen der Station Aruscha haben sich schnell an das von den Buren produzierte Weizenmehl gewöhnt, das gern von ihnen gekauft wird.

Die Eingeborenen von Umbugwe, Umbulu und Sonyo pflanzen Hirse (Mtama), das sie zu Mehl verarbeiten.

Die Masai im Masaireservat leben im wesentlichen von Milch und Fleisch.

Für die Kettengefangenen und Kranken im Eingeborenenhospital wird Mais unzerkleinert gekocht. Mit Fieber oder Störungen der Verdauungsorgane Erkrankte erhalten aus Weizenmehl zubereitete Breie oder Suppen.

Im Bezirke Mpapua sind die Verpflegungsverhältnisse der Farbigen immer gut gewesen. Mtama, Mais, Uswere waren überall im Bezirke zu niedrigem Preise zu haben.

Im kommenden Jahre verspricht die Ernte sehr gut zu werden.

Unter den Eingeborenen am Stationsorte sowohl wie im Bezirk Kondoa-Irangi haben sich im Berichtsjahr im allgemeinen Verpflegungsschwierigkeiten nicht ergeben. Hungersnot ist nirgends aufgetreten. Von den Eingeborenen werden angebaut: Mtama, Mawele, Mais, Viasi, Mohogo, Reis. Am Stationsorte selbst sind von einigen Eingeborenen gut entwickelte Zuckerrohrschamben angelegt worden.

Über Preise von Nahrungsmitteln seien folgende Angaben gemacht:

Kühe	30—35 Rp.	Mtama, 1 Kibaba	6 H.
Ochsen	20—25 »	Mawele, 1 Kibaba	6 »
Schafe	2—3 »	Mais, 1 Kibaba	6 »
Ziegen	3—4 »	Reis, 1 Kibaba	36 »
Samli, 15 kg	6 »	Viazi, 1 Sack	2 Rp.
Mohogo, 1 Sack ...	1,25 »	Zuckerrohr, 1 Stange von 2 m	6 H.

Jeder Kettengefangene erhält täglich 2 Pfd. Getreide und jeden Sonntag außerdem 1 Pfd. Fleisch.

Im Hospital verpflegen sich bemittelte Kranke selbst bzw. wird ihnen die Verpflegung von ihren Angehörigen ins Hospital gebracht. Unbemittelte Kranke werden von der Bezirksnebenstelle verpflegt. Ist eine besondere Diät erforderlich, so wird sie nach den Anordnungen des Stationsarztes verabfolgt.

Die im letzten Jahresbericht ausgesprochene Hoffnung, daß in Morogoro hinsichtlich der Verpflegung der Farbigen bald wieder regelrechte Verhältnisse eintreten werden, hat sich leider nicht erfüllt. Die Verpflegung des Farbigen ist — ganz besonders im Kleinhandel — recht teuer, trotzdem ein plausibler Grund dafür — abgesehen von dem künstlichen Hochhalten bzw. Hochtreiben der Preise durch den indischen Zwischenhändler — bei den nicht übermäßig hohen Engrospreisen nicht besteht.

Wie im letzten Jahresbericht vorhergesagt, ist in einzelnen Teilen des Bezirks Hungersnot eingetreten. Verursacht ist sie durch den übermäßigen Verkauf von Lebensmitteln seitens der Produzenten, die verlockt durch hohe Preise, zu viel verkauft haben. Anderseits trägt aber auch zweifellos der starke Anbau der Baumwolle — ohne daß daneben genügend Verpflegung gebaut worden ist — einen Teil der Schuld, zumal von der Not ausschließlich die Baumwollgegenden

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

betroffen worden sind. In einzelnen Dörfern haben, wie der Stationsarzt auf seiner letzten Reise feststellen konnte, einzelne Leute bis zu 90 Rp. aus ihrer Baumwollernte erlöst. Wenn nun auch der durchschnittliche Erlös 30 Rp. nicht überschreiten dürfte, so genügt auch diese Summe auf einmal verdient bzw. ausgezahlt, um den Neger zu veranlassen, den Bau von Verpflegung außer Acht zu lassen. In kurzer Zeit ist das Geld aber statt für Verpflegung für Kattunfetzen ausgegeben oder verjubelt, und es meldet sich der Hunger, der Vorbote der Epidemien und ihr Wegebereiter.

Die Nähe der Küste und ihre höhere »Kultur« zeigt sich neuerdings in Verfälschung der Nahrungsmittel, besonders des Mehles.

In Kilossa sind im Gegensatz zu den hohen Preisen der Lebensmittel für Europäer die für Farbige niedrig, ja zeitweilen sehr billig zu nennen. Überall um Kilossa, auch in den entferntliegenden Landstrichen, sieht man große Mais- und Mtamafelder, deren Bearbeitung sich die Eingeborenen mit Fleiß hingeben.

Die Eingeborenen des Bezirks Iringa, namentlich die Wahehe, leben in der Hauptsache von Mais, Fleisch und Pombe; Reis wird wegen des hohen Preises nur in geringen Mengen genossen. Die Schlächter schlachten täglich 1—2 Ochsen, ohne daß das Fleisch verdirbt. Die Markthalle wird außerdem täglich mit Gemüse aller Art, Salz, Tabak usw. versehen; es ist stets ein reger Verkehr vorhanden.

Die Preise für die Nahrungsmittel bewegen sich in folgenden Grenzen:

	100 kg
Mais	6,75— 7,00 Rp.
Mtama	5,00— 5,50 »
Bohnen	8,00— 9,00 »
Reis	16,00—19,00 »

Fleisch (Ochsen) Pfd. $12^1/_2$ H.,
Eier $1^1/_2$—2 H. pro Stück.

Die Kettengefangenen erhalten in der Hauptsache geschroteten Mais, hin und wieder Fleisch, und zwar in rohem Zustand. Für das Kochen und Zubereiten sorgen sie selbst.

Die Verpflegung der im Hospital aufgenommenen Kranken erfolgt durchweg, wenn irgend möglich, durch die Angehörigen. Die Ortsarmen erhalten die gleiche Nahrung wie die Kettengefangenen; das Kochen wird durch einen Krankenwärter in der Kochküche selbst besorgt oder beaufsichtigt. Falls besondere Kost für Kranke erforderlich, wird diese ebenfalls im Hospital hergestellt.

Die Verpflegung der Eingeborenen von Mahenge besteht in den Flußebenen vorwiegend aus Reis, in den Bergländern mehr aus Negerkorn (Mtama) und Mais neben den anderen, auch sonst in Afrika angebauten Feldfrüchten. Die zahlreichen, den Mahengebezirk durchziehenden Flüsse bieten Gelegenheit zu reichlichem Fischfang; in den Gegenden des Bezirks, die keine Gelegenheit zum Fischfang haben, hat sich eine lebhafte Einfuhr dieses bei den Eingeborenen beliebten Nahrungsmittels aus den fischreichen Gegenden entwickelt.

Märkte bestehen am Stationsorte und an allen größeren Sultans- und Jumbendörfern; sie werden von den Eingeborenen gut besucht. Infolge der günstigen Bewässerungsverhältnisse im Bezirke sind Hungersnöte selten; sie werden meist weniger durch eine außergewöhnliche Trockenzeit als durch ganz besonders starke Regenzeiten bedingt, in denen das Hochwasser die Felder verwüstet.

Die Preise am Stationsorte betragen für einen Sack zu 12 Pishi = einer guten Trägerlast:

Reis	5 Rp.
Mais oder Mtama	2 »
Mais- oder Mtamamehl	3 »

Die Kettengefangenen und die Kranken im Eingeborenenkrankenhause erhalten als Verpflegung in der Hauptsache Reis, dazu als Beikost Fleisch oder Fische.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Statt des Reises wird zuweilen auch Mtama oder Maismehl gegeben, als Zukost zuweilen auch Erbsen oder andere hierzu geeignete Früchte. Bei den Kranken, die eine bestimmte Verpflegungsart einhalten sollen, besonders bei Darmkranken, wird die Verpflegung entsprechend gewählt.

In der Verpflegung der farbigen Bevölkerung Neu-Langenburgs sind größere Veränderungen nicht zu vermerken.

Bei den Eingeborenen des überaus fruchtbaren Kondeunterlandes am Njassasee herrschte im Januar und Februar 1912 Verpflegungsmangel. Das soll um diese Jahreszeit regelmäßig der Fall sein und hat seinen Grund darin, daß in diesen Monaten nur wenige Bananen in der Reife stehen, die Hülsenfrüchte, auch Mais und Reis noch nicht reif und die Vorräte der letzten Ernte gänzlich aufgezehrt sind. Der Mangel ist auf die allgemeine Trägheit der Eingeborenen zurückzuführen, die nur gerade das unbedingt notwendige bauen, sich in der Hauptsache auf die Bananen verlassen und trotz allen Hungers sich immer noch überreichlich Hirse kaufen, um die geliebte »Pombe« zu brauen.

Die Verpflegung der Hospitalkranken und Kettengefangenen besteht aus den Landeserzeugnissen der Eingeborenen: Süßkartoffeln, Bananen, Bohnen, Mais, Reis usw., so daß genügend Abwechslung gewährt werden kann.

Die zweimal in der Woche erfolgte Gewährung von je 1 Pfd. Fleisch pro Kopf eingerechnet, stellt sich die Verpflegung der Hospitalkranken auf etwa 5 H. täglich.

Die auf dem Markt gezahlten Preise sind etwa doppelt bis dreifach so hoch als die Preise in den Dörfern. Besonders hoch ist der Preis für Salz, das entweder von der Küste kommt oder von Tabora her als minderwertiges Salz angetragen wird. Einige Monate lang, als die Zufuhr sehr gering war, wurde für einen Heller gerade soviel Salz verkauft, als man auf ein Hellerstück aufhäufen konnte. Das Vieh wird entweder zu Salz- und kalkhaltigen Quellen getrieben oder aber ab und an mit den aus ihren Ablagerungen gebrochenen Krusten gefüttert.

Auch aus dem in dem Abflußwasser der Salzquellen wachsenden Gras wird Salz durch Verbrennen des Grases und Auslaugen der Asche gewonnen.

Die Nahrungsmittel der Eingeborenen im Bezirke Muansa sind die auch sonst im Schutzgebiete üblichen. Hervorzuheben ist, daß in Muansa und Umgebung reichlich Zuckerrohr angebaut und auf den Markt gebracht wird. Reis wird in großen Mengen eingeführt und in den Reisschälwerken verarbeitet; von den Eingeborenen und besonders von den Indern und Banjanen wird Reis viel gegessen.

In der Stadt Muansa und in der näheren Umgebung sind in letzter Zeit viele Mangobäume und Kokospalmen (mehrere 100 Stück) angepflanzt worden.

Von Früchten, die gut gedeihen und vielfach genossen werden, gibt es: Mango, Mapera, Papayen, Mustaphelen, Ananas, Zitronen und vereinzelt Mandarinen und Apfelsinen.

Verschiedenartiges Gemüse wird von den Eingeborenen gezogen und auf dem Markte gehandelt.

Als Volksnahrungsmittel sind die Fische zu nennen, die im Viktoria-Nyansa gefangen und täglich in großer Auswahl auf den Markt gebracht werden. Die an den Küsten des Viktoria-Nyansa wohnenden Stämme nähren sich zu einem großen Teile vom Fischfang.

Die Märkte hier und in den größeren Eingeborenenniederlassungen sind das ganze Jahr hindurch reichlich mit den verschiedensten Cerealien und Leguminosen beschickt gewesen.

Mangel an Verpflegung oder Hungersnot sind nirgends beobachtet worden.

Die Preise der Nahrungsmittel sind nicht gestiegen; sie betragen:

a. animalische:

	1 Pfd.
Rindfleisch	12 H.,
Hammelfleisch	12 »
Ziegenfleisch	12 »
Fische je nach der Größe	6—12 »

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

b. vegetabilische:

	100 Pfd.
Reis	4—8 Rp.
Uvele	3—5 »
Maniok	3—5 »
Mtama	3—5 »
Batate	3—5 »
Mais, wenig	2—4 »

Zuckerrohr je nach der Größe 3—6 H.

Gemüse wird hellerweise verkauft.

Die Verpflegung der Kettengefangenen besteht abwechselnd aus Reis und Mtamamehl, Bataten und Maniok; zweimal wöchentlich wird frisches Fleisch verabreicht.

Die Kranken im Eingeborenenhospital werden auf ähnliche Weise verpflegt.

Die hauptsächliche Nahrung der Eingeborenen im Bezirk Schirati ist ein aus Ulesimehl bereiteter Brei (Ugali). Mohogo und Negerkartoffeln werden nur sehr wenig angebaut, dagegen viel Erdnüsse. Fleisch wird nur sehr wenig gegessen. Auf dem Markt in Schirati und Niavangi ist es täglich frisch für 8 H. das Pfund zu erstehen. Jeder Neger baut nur so viel Früchte an, wie er zu seinem Lebensunterhalte braucht.

Von den an den Stationsorten des Militärbezirks Kilimatinde ansässigen Farbigen wird Fleisch in verhältnismäßig großer Menge genossen. Bei den übrigen Eingeborenen ist dagegen die Nahrung sehr eintönig. In den viehreichen Bezirken besteht sie hauptsächlich aus Milch und Hirsebrei (Mtama). Daneben werden Erdnüsse und Mais gegessen. Fleisch ißt der Mgogo trotz seines Viehreichtums eigentlich nur dann, wenn ein Stück Vieh krepiert. In den von Tsetse verseuchten Gebieten scheidet der Genuß von Milch und Fleisch ganz aus. Die Nahrung besteht dort nur aus Hirse, Mais, Schwämmen und Blattpflanzen.

Die Kranken im Hospital werden von ihren Angehörigen verpflegt. Bei Mittellosen wird die Nahrung von Fall zu Fall angekauft (Mtama) und im Hospital selbst zubereitet. (Mittellose liegen sehr selten im Hospital.)

Die Kettengefangenen erhalten als Nahrung gestoßene Hirse, Mohogo und jeden Sonntag frisches Fleisch.

Die Verpflegungsverhältnisse für die farbige Bevölkerung Bismarckburgs entsprechen allen billigen Anforderungen. Die nachfolgenden angeführten Hauptnahrungsmittel sind zu den genannten Durchschnittspreisen, die allerdings nach der Jahreszeit etwas schwanken, fast jederzeit auf den Markt zu haben.

1 Pishi (= 4 Kibaba = 4 Pfund englisch) Mais, Mtama, Ulesi, Erdnüsse, Bohnen	12 H.,
1 Pishi Reis (nicht geschält)	25 »
1 Stange Zuckerrohr	3 »
1 Pfd. Rindfleisch (wenn vorhanden)	14 »
1 » Hammel- oder Ziegenfleisch	13 »
1 Huhn	25 »
1 Kihiga Salz (20 Pfd.)	2,00 Rp.

Die Kettengefangenen erhielten täglich 2 Pfd. Ulesimehl, wöchentlich 1 Pfd. Fleisch, pro Kopf und Monat 1 Pfd. Salz. Ihre Verpflegung, ebenso die etwaiger Lazarettkranker, wurde mit 8—10 H. für den Kopf bestritten.

Die Ernährung der Eingeborenen im Bezirke Udjidji besteht in der Hauptsache aus Vegetabilien wie Mohogomehl, Bohnen, Mais, Reis, Bananen und Pilzen. Von den besser situierten Eingeborenen, Askari und Händlern, wird täglich auch Fleisch auf dem Markt gekauft.

In den Flußtälern der Ebenen und des Hochlandes gedeihen zu jeder Jahreszeit Früchte jeglicher Art. Hungersnöte waren bisher unbekannt.

Außer dem Markt in Udjidji existieren im Bezirk an vielen Orten der Landschaft Uha Marktplätze, die täglich von Hunderten von Leuten besucht werden. Die Preise für die Lebensmittel sind in Uha noch recht niedrig, z. B. kostet dort ein Kilo Maismehl 6—8 H., etwas teurer stellen sich die Preise am Stationsorte.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verpflegung der Schlafkranken ist gut und reichlich. Neben Fleisch und Fischen werden hauptsächlich Mehl, Bohnen und Bananen verabreicht. In ähnlicher Weise werden die Kranken des Hospitals von den Angehörigen verpflegt.

Der Verschiedenheit der klimatischen und Bodenverhältnisse entsprechend ist der Ernährungszustand der Bevölkerung Ruandas in den verschiedenen Landesteilen sehr ungleich. Abgesehen von den Watussi, die hauptsächlich von Milch leben, findet sich in der westlichen Zone, besonders im Vulkangebiet und in einigen verhältnismäßig dünn bevölkerten Rukigalandschaften, wie z. B. Buschiro, eine ungemein kräftige, ausgezeichnet ernährte Bevölkerung, die sehr leistungsfähig ist. In der östlichen Zone lebt ein ganz anderer Menschenschlag. Der Boden gibt nicht so viel Ertrag, wie die fruchtbaren Berge des Westens und Nordens, und die herrschenden Watussi hemmen in ihrem Bedürfnis nach Weidegrund für ihre Herden die Ausdehnung der Feldbestellung. Trotz der gründlichen Bodenausnutzung ist der Ernteertrag für eine ausreichende Ernährung der armen Bevölkerung zu gering, der Ernährungszustand daher im allgemeinen mäßig, was wieder die Leistungs- und Widerstandsfähigkeit im ungünstigen Sinne beeinflußt.

Ebenso günstig wie für die Europäer liegen die Ernährungsverhältnisse für die Eingeborenen in Usumbura. Fleisch, Rinder, Schafe, Hühner und Fische stehen ihnen zur Verfügung. Ziegen, die gleichfalls reichlich vorhanden, verschmäht der Mrundi, sie dienen ihm lediglich als Handelsartikel für den Kongo. Natürlich ißt der Unbemittelte nicht jeden Tag sein Fleisch wie der wohlhabende Viehbesitzer oder Händler. Die Hauptnahrung für ihn bilden am See und in dessen nächster Umgebung Fische, vor allem eine Art Kleinfisch von etwa 1—3 cm Länge, der zu Tausenden täglich gefangen wird. In der Sonne gedörrt wird er dann als Beikost gegessen und ist ein sehr beliebtes Nahrungsmittel Für die weiter am See entfernt wohnenden kommt diese Art von Ernährung natürlich nicht in Betracht, da in den Flüssen der Kleinfisch nicht existiert und die größeren in nur geringer Menge.

Um so ergiebiger und mannigfacher ist aber hierfür der Ertrag an Feldfrüchten. Diese bilden den wesentlichen Bestandteil der Ernährung des Unbemittelten. Das Land ist sehr fruchtbar und ertragreich. Die landwirtschaftlichen Erzeugnisse werden im allgemeinen nur für den eigenen Bedarf gebaut. Es wäre ein leichtes, ihre Produktion zu vervielfältigen.

Gebaut werden: Bananen, Mohogo, Mais, Hirse, Eingeborenenkartoffeln, Bohnen und Erbsen. An manchen Orten auch Reis und Zuckerrohr. Da die Regenzeit ausgiebig ist, gedeiht alles vorzüglich. In den Bergen wird auch bereits von den Eingeborenen die europäische Kartoffel gebaut, um deren Einführung sich die katholische Mission verdient gemacht hat. Die Märkte werden gut besucht und beschickt. Der Fischer und Viehzüchter tauscht dort — soweit nicht bereits mit Geld bezahlt wird — seine Produkte ein. Nach Feststellung der Residentur werden im Lande gebaut und verzehrt:

In erster Linie Bananen. Sie bilden die Hauptnahrung der Bevölkerung. Es gibt verschiedene Arten. Die eine dient lediglich zur Pombebereitung. Dieses Getränk, das hier äußerst billig herzustellen ist, wird in ganz unglaublichen Mengen von den Warundi vertilgt und die Trunksucht ist sehr groß. Die übrigen Bananenarten dienen zum Essen. Sie werden roh und gekocht gegessen. 2. Mais, 3. Hirse (Mtama). Beide werden auch zu Mehl verarbeitet. 4. Erdnüsse, die roh und geröstet gegessen werden. 5. Mohogo (Maniot). 6. Bataten. 7. Yam. 8. In der Nähe der Missionen Buhonga, Mongera und Mugaya die europäische Kartoffel. 9. Zuckerrohr, doch dieses nur in der Tanganykasenke. 10. Erbsen. 11. Bohnen und 12. eine Schotenfrucht, »Kunde« genannt. Erbsen gedeihen nur im Hochlande. 13. Kürbisse. 14. Gurken.

Kettengefangene und Kranke in den Krankenanstalten werden durch täglich auf dem Markt aufgekaufte Lebensmittel verpflegt. Sie erhalten reichlich Fleisch und Milch. Für Gefangene und Kranke aus dem Hochlande ist eine sogenannte Gebirgskost eingeführt, die es ihnen ermöglicht, genau ihren Gewohnheiten entsprechend sich hier weiter zu ernähren. Sie erhalten reichlicher Fleisch, Milch und in bestimmten Zwischenräumen Pombe, an die sie von Jugend an gewöhnt sind.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Für die Eingeborenen in Kissenji waren Lebensmittel in reichlicher Menge vorhanden, sie bestanden hauptsächlich in Süßkartoffeln, Bohnen, Erbsen und Hirse. Bananen wurden meist zur Pombe verarbeitet. Der Preis für 1 kg Kartoffeln betrug 1 H., für 1 l Bohnen oder Erbsen 5 H., für 1 Traube Bananen 5—10 H., für 1 Pfd. Rindfleisch 8 H..

Die Gefangenen erhielten wöchentlich zweimal Fleisch.

Die Eingeborenen der Residentur Bukoba leben fast ausschließlich von Bananenbrei (vitoke) und Milch; die Kettengefangenen erhalten Bananen, Kartoffeln, eventuell auch einmal Bohnen und ein- bis zweimal täglich Fleisch oder Fisch; die Hospitalkranken erhalten täglich zu ihrer Verpflegung 6 H., wofür sie sich das Nötige auf dem Markte einkaufen. Für schwerer Kranke wird die jeweils notwendige Diät in jedem einzelnen Falle angeordnet.

Die Preise der Lebensmittel betragen:

1 Pfd. Rindfleisch	10 H.,
1 » Ziegenfleisch	10 »
Fische nach Größe	10—25 »
1 Ananas	5 »
europäische Kartoffeln, 1 Korb 20—25 Pfd.	75 »
Eier pro Stück	1 »
Bananentrauben je nach Größe	6—50 »

5. Wasserversorgung.

Die Wasserversorgung der Europäer und Eingeborenen in Wilhelmstal geschieht durch die beiden am Orte befindlichen, mit Pumpvorrichtung versehenen Brunnen, die ein gutes und brauchbares Trinkwasser liefern.

Vielfach wird auch der durch die Station fließende Bach von den Eingeborenen zur Wasserentnahme benutzt.

Um die Trinkwasserverhältnisse noch zu verbessern, ist der Bau einer Trinkwasserleitung in Angriff genommen, da die oben angeführten Brunnen in der trockenen Jahreszeit nicht immer ausreichend Wasser geben.

Brunnen gibt es im Bereiche des Landwirtschaftlich-Biologischen Instituts in Amani nicht.

Das Haus des Direktors, das Fremdenhaus, die Post, die Laboratorien und einige anschließende Europäerwohnungen des Biologisch-Landwirtschaftlichen Instituts sind an eine Wasserleitung angeschlossen, die aus einem größeren Bassin gespeist wird, das auf einem eisernen Gitterwerk aufgestellt ist.

Das Bassin wird durch einen Widder gefüllt, der das Wasser dem etwa 30 m tiefer fließenden Gebirgsbach entnimmt. Oberhalb dieser Stelle im Flußlauf dürfen Verrichtungen wie Waschen, Baden, nicht vorgenommen werden. Der Bach führt dauernd fließendes, klares Wasser, kommt aus höher gelegenen Waldregionen und hat 5 km oberhalb der Schöpfstelle keine menschlichen Ansiedlungen an seinen Ufern. Wenn auch nicht unmittelbar als Trinkwasser geeignet, ist dieses Wasser ein Gebrauchswasser von hervorragenden Eigenschaften. Die übrigen weit abliegenden Europäerhäuser haben Zisternen. Das Eingeborenendorf ist ebenfalls an die Wasserleitung angeschlossen, indem durch eine lange Röhrenleitung ein großes zementiertes Bassin dauernd gefüllt wird. Die übrigen tiefer liegenden Eingeborenenhütten haben zu ihrer Verfügung eine Quelle, die reichlich einwandfreies Wasser liefert.

Die Zahl der Brunnen in Tanga ist sehr groß, fast jedes größere Gehöft hat seinen eigenen Brunnen, so daß Wassermangel nirgends besteht. Da jedoch bei vielen Brunnen nach ihrer Lage und Bauart

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

die Gefahr einer Verunreinigung besteht und manche Brunnen, die nicht ständig benutzt werden, Moskitobrutstätten sind, so würde es zweifellos einen großen Fortschritt bedeuten, wenn ein geplantes Wasserwerk zustande käme. Als Trinkwasser wird von den Europäern lediglich Sodawasser benutzt, das in drei Fabriken hergestellt wird, die unter ärztlicher Kontrolle stehen.

Die Wasserversorgung des Hospitals Muhesa erfolgt aus dem Stationsbrunnen der Usambaraeisenbahn. Das Wasser ist klar, aber schwefelhaltig.

Für die Farbigen des Ortes sind drei nicht sehr tiefe Brunnen an verschiedenen Stellen angelegt; diese Brunnen haben zum Teil zeitweise arg schmutziges Wasser.

In Pangani wurde am neuen Beamtenhause eine einarmige Hebelpumpe angelegt. Mit ihr wird das Wasser zum Waschen und Baden in Behälter, die über den Badestuben stehen, gedrückt; das Wasser für die übrigen Europäer wird durch Kettengefangene in die Häuser gebracht, ebenso das Wasser für das Hospital, da die Pumpe im Kettengefangenenhof, die bisher das Wasser lieferte, reparaturbedürftig ist.

Ein Brunnen in der Nähe des Hauses von Ali bin Nassor wurde mit einer Pumpe versehen.

Von den Eingeborenen hat fast jeder seinen eigenen Brunnen im Hof, die übrigen holen ihr Wasser aus öffentlichen Brunnen oder Pumpen.

Das Wasser zur Sodafabrikation wird aus einer nördlich vom Bezirksamt gelegenen Pumpe entnommen. Es ist gut und schmackhaft.

In der Ortschaft Bagamoyo bestehen zusammen 42 Brunnen, die sämtlich zur Verhütung von Verunreinigungen mit einer etwa 1 m hohen Umfassungsmauer und einer Abwässerungsrinne mit gutem Gefälle aus Stein, jedoch ohne Brunnendeckel, versehen sind und alle gutes und genießbares Wasser liefern. Zwei Brunnen sind wasserleer, 12 von den Brunnen sind mit einer Druckpumpe, die viel zur Sauberkeit des Brunnens beiträgt und von den Eingeborenen als eine angenehme Einrichtung angesehen wird, ausgerüstet.

Zur Wasserversorgung der Europäer dient ein auf dem Hofe des Bezirksamts errichteter Brunnen, der mit einem Deckel versehen ist und mittels einer Drehpumpe kristallklares und einwandfreies Süßwasser zutage fördert. Senkgruben oder Dungstätten, die eine Brunnenverunreinigung hervorrufen können, sind in der Nähe der Brunnen nicht vorhanden. Erkrankungen, die auf Genuß von schlechtem Wasser zurückzuführen wären, sind hier nicht bekannt geworden. Die durchschnittliche Wärme des Brunnenwassers beträgt 27 bis 29° C (mittags).

Daressalam wird durch städtische, fiskalische und private Brunnen mit Wasser versorgt.

Das Wasser eines Teils der Brunnen ist für Genußzwecke gut geeignet. So wurde das Wasser aus der Brauerei Schultz und des Inders Gulamhusein, das zur Sodafabrikation verwendet wird, bei wiederholten chemischen Untersuchungen stets als gut befunden. Eine Reihe von Brunnen dagegen enthält brackiges Wasser, in anderen ist das Wasser für Genußzwecke ungeeignet; z. B.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

wurden in dem Wasser aus dem Brunnen der Sodafabrik des Inders Abdurasul in der Akazienstraße durch den Gouvernementsapotheker Dr. Schulz wiederholt Amoniak und erhebliche Mengen von salpetriger Säure festgestellt. Das Vorkommen dieser Stoffe im Wasser beweist, daß das Wasser des Brunnens aus einem mit organischen Stoffen beladenen Boden stammt. Ähnliche Verhältnisse werden noch bei mehreren Brunnen im Inderviertel gefunden, wo Aborte und Brunnen in unmittelbarer Nachbarschaft liegen. Zwar darf Abdurasul an Europäer nur Soda aus destilliertem Wasser verkaufen, dagegen wird das Wasser für die Soda, die an Farbige abgegeben wird, nur durchgeseiht und filtriert.

Solche Mißstände begründen die Notwendigkeit des Baues einer Wasserleitung. Zudem zahlt der Eingeborene schon jetzt für 15 l gutes Trinkwasser, das von den Schamben geholt wird, 5 H. Das im vorigen Jahresbericht erwähnte Projekt einer Wasserleitung in Daressalam ist bisher noch nicht seiner Verwirklichung entgegen gegangen.

Die Europäer Mohoros erhalten ihr Wasser zum täglichen Gebrauch aus einem Brunnen in unmittelbarer Nähe der Station.

Es wird früh von Kettengefangenen unter Aufsicht eines Polizeiaskari durch Zieheimer geschöpft und in die Häuser gebracht. Der Brunnen besteht, ebenso wie die im Dorfe und neben dem Hospitale, aus einzelnen Zementringen, die, durch Zement untereinander verbunden, in den Brunnenschacht hineingelassen sind. Der oberste Ring ragt etwa $^1/_2$ m über dem Erdboden hervor. Um diesen Ring schließt sich am Erdboden ein $^1/_2$ m breiter Zementbelag an, der ein Einfließen von Oberflächenwasser seitlich in den Brunnen verhindern soll. Als Trinkwasser wird es von den Europäern gekocht und, soweit Filter zur Verfügung stehen, gefiltert.

Auf einigen Europäerpflanzungen am Rufiyi bestehen artesische Brunnen, die bei günstigem Wasserstande gut funktionierten.

Die Wasserversorgung der Eingeborenen des Bezirks geschieht am Rufiyi durch Flußwasser, das vielfach zur Verbreitung der Wurmkrankheit beiträgt, wo Wasserentnahme-, Bade- und Abortstelle dieselbe ist; sonst durch ausgegrabene Wasserlöcher, deren Wasser sehr oft zu wünschen übrig läßt.

Das Wasser des Mohoroflusses und anderer kleinerer Küstenflüsse ist, weil es unter Ebbe und Flut steht, brackig, daher als Trinkwasser nicht zu benutzen.

In der Wasserversorgung Kilwas ist gegen das Vorjahr keine Veränderung eingetreten.

In der Stadt Lindi sind nur wenige Brunnen vorhanden, die einwandfreies Wasser liefern.

Die Wasserverhältnisse in Ssongea sind vorzüglich. Europäer wie Eingeborene holen ihr Wasser aus drei in verschiedenen Richtungen liegenden Brunnen, die sämtlich Quellwasser enthalten.

Diese Quellen wurden im Jahre 1911 etwas ausgeschachtet und mit einem Mauerwerk vollständig eingeschlossen. In jedem Brunnen sind im vorderen Mauerwerk zwei Eisenrohre eingelassen, so daß das Wasser unaufhörlich abfließen kann. Rings um jeden Brunnen ist ein Graben gezogen, damit kein Unrat hineingelangen kann.

Die Eingeborenen im Innern des Bezirks schöpfen ihr Wasser aus Flußläufen und Quellen und zur Regenszeit auch wohl aus stehenden Regentümpeln.

In Moschi hat sich in der Wasserversorgung gegenüber dem Vorjahre nichts geändert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zur Trockenzeit ist das für die Europäer durch die Kettengefangenen von einer im östlichen Tal liegenden Quelle geholte Wasser klar und schön, in der Regenzeit stark milchig getrübt. Es wird vor dem Genuß stets gekocht und filtriert.

Die Eingeborenen können zwar ihr Trinkwasser auch dort holen, sind aber meist zu bequem dazu und nehmen es trotz aller Verbote häufig aus den Gräben, die das ganze Dorf durchziehen und verschmutztes Wasser führen. Etwas besseres Wasser können sie schon erhalten, wenn sie es aus dem Überlauf eines Klärbassins entnehmen, das oberhalb der Boma errichtet ist. Dieses ist jetzt durch einen Stacheldrahtzaun so geschützt worden, daß es nur an einer Seite des Ablaufes erreicht werden kann, weil früher die Leute das Wasser meist an der Einlaufstelle in das Bassin schöpften, wo es natürlich noch gänzlich ungeklärt ist.

Im »Hotel Förster« trinkt man Wasser ungekocht, das aus einer eine Stunde oberhalb Moschi gelegenen Quelle geschöpft wird und angeblich einwandfrei ist. Wenn man sich aber vergegenwärtigt, daß das Wasser von farbigen Boys ohne Aufsicht von Europäern dorther geholt werden muß, die sich doch sicher den weiten und sehr steilen Weg gern ab und zu abkürzen werden, so muß dieser Genuß ungekochten Wassers als nicht unbedenklich bezeichnet werden. Erkrankungsfälle sind bisher nicht vorgekommen.

In Neu-Moschi erfolgt die Wasserversorgung aus der »Prinz-Louis-Ferdinand-Quelle«, einer sehr starken Quelle, die durch Schmelzwasser des Kibo gebildet wird.

Ihr Wasser ist daher sehr kalt, völlig klar und an und für sich einwandfrei. Nun hat man jedoch diese Quelle in einem großen Sammelbassin aufgefangen, aus dem das Wasser in Röhrenleitungen zur Bahn gepumpt wird und durch Zapfhähne von sonstigen Interessenten abgezapft wird. Dieses Bassin ist durch einen Stacheldrahtzaun weithin abgesperrt, aber leider offen. So fällt denn das Laub der umstehenden Bäume hinein, der Staub lagert sich darin ab und Kriechtiere und Amphibien können sich nach Belieben darin aufhalten. Zum Mückenbrutplatz ist es deshalb nicht geeignet, weil das Wasser recht kalt ist. Von dieser Quelle soll nun später die Wasserversorgung von ganz Neu-Moschi erfolgen durch eine Wasserleitung, die eine Privatfirma bauen will. Wenn nun auch dadurch die allgemeinen hygienischen Verhältnisse des Ortes günstig beeinflußt werden können, so wird doch eine erhebliche Gefahr stets vorhanden sein, solange das Bassin nicht zugewölbt ist und das Wasser Verunreinigungen aller Art ausgesetzt ist, gegen die es der Stacheldrahtzaun nicht schützen kann.

Die Wasserversorgung des Eingeborenenteils in Neu-Moschi erfolgt zur Zeit aus anderen Quellen, die unterhalb des Ortes am »Rauwald« aus der Erde kommen. Auch sie führen einwandfreies Wasser vom Kibo, das anscheinend in Wasseradern zwischen der Lavaschicht und dem Urgestein durch Neu-Moschi hindurch fließt. Dieses Wasser ist jetzt da, wo es zu Tage tritt, wohl ganz einwandfrei, ob es so bleibt, ist nicht sicher.

Zur Bewässerung der Anlagen, Gärten usw., die sich in Neu-Moschi im Anschluß an die Häuser bilden werden, ist die Anlage eines offenen Wassergrabens vom Karanga her geplant. Sache der mit der Anlage Betrauten wird es sein, zu verhindern, daß hygienische Schäden durch ihn entstehen können.

Die in der Umgebung Aruschas wohnenden Waruscha und Wameru beziehen Trinkwasser aus den von Meruberg herabkommenden zahlreichen Bächen und den aus diesen abgeleiteten Wassergräben, die in der Trockenheit zur künstlichen Bewässerung der bestellten Felder dienen.

Die Versorgung der Europäer mit brauchbarem Trinkwasser ist gut.

Die Versorgung der Farbigen im Dorfe Mpapua und Umgebung mit Wasser geschieht wie bisher aus dem Bach, der von den Kiboriani-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bergen kommt. Ein weiterer Brunnen ist am Wege Mpapua-Gulve, etwa $^3/_4$ Stunden von Mpapua entfernt gegraben. Dieser Brunnen kommt den im Felde liegenden Temben zugute. Das Wasser ist etwas salzig, doch brauchbar.

Im übrigen sind die Wasserverhältnisse im Bezirk schlecht. Die Farbigen graben in den Lehm Löcher, in denen nur wenig Wasser vorhanden ist, und obendrein ist dieses noch salzig (auch einige Quellen sind vorhanden). Dieses Wasser dient nun für Menschen und für Vieh. Das Vieh verschmutzt die Wasserstellen, auch kommt sonstiger Schmutz dazu; die Folgen davon sind beim Menschen Darmleiden. Die im Busch wohnenden Leute müssen sich dieses Wasser oft noch stundenweit holen.

Für die Wasserversorgung der Europäer in Kondoa-Irangi kommen vier Brunnen in Betracht, von denen einer in der Nähe des Hauses des Bezirksamtmanns, einer im Hof des Bezirksamts und zwei in der Askariboma gelegen sind.

Die Lage dieser Brunnen ist hygienisch einwandfrei, verunreinigende Zuflüsse kommen nicht in Betracht. Alle vier Brunnen sind nach demselben Prinzip erbaut. Sie haben eine Tiefe von 6—8 m und sind durch eine Zementschicht abgedeckt. Die Brunnenwände sind dagegen im Innern nicht wasserdicht ausgemauert, sodaß naturgemäß ungenügend filtriertes Oberflächenwasser Zutritt zum Brunnenwasser hat. Das Wasser kann somit nicht als hygienisch einwandfrei betrachtet werden. Abkochen vor dem Gebrauch ist erforderlich. Da das Wasser stets eine klare Beschaffenheit hat, so ist Filtration nicht erforderlich. Gehoben wird das Wasser bei allen vier Brunnen durch eiserne Saugpumpen. Diese vier Brunnen liefern das Gebrauchswasser für die Europäer. Das Trinkwasser liefert eine von einem Ansiedler am Orte selber unterhaltene Sodafabrik. Die Herstellung des Sodawassers entspricht den hygienischen Anforderungen, das Wasser wird vor der Verarbeitung abgekocht. Darmerkrankungen, die man auf den Genuß des Sodawassers hätte zurückführen können, sind bis jetzt noch nicht beobachtet worden.

Die Eingeborenen schöpfen das Wasser aus Wasserstellen, die im Flußbett gegraben werden. Das Baden in der Nähe der Wasserstellen ist den Eingeborenen bei Strafe untersagt und erfolgt stromabwärts unterhalb der Wasserstellen.

Die Wasserversorgung des Bezirksamts Morogoro und seiner Beamten hat durch die im letzten Jahresbericht beschriebene Wasserleitung eine wenn auch nicht absolut einwandfreie, so doch billigen hygienischen Anforderungen entsprechende Lösung gefunden. Die Gefahr, daß Klärbassin und Wasserbassins als Moskitobrutstätten dienen, ist im Berichtsjahre durch eine wöchentlich zweimalige eingehende Reinigung der Reservoire vermieden worden.

Die Einwohner des Askaridorfes entnehmen ihr Wasser einem kleinen Bache, welcher zu beiden Seiten der »Lambrechtstraße« fließt, und leiden wohl daher häufig an Amöbenruhr.

Wesentlich ungünstiger liegen die Verhältnisse im Orte Morogoro und auf den Pflanzungen. Die im letzten Jahresbericht ausgesprochene Hoffnung, daß entweder durch Tieferlegen der Brunnen oder durch den Bau einer Wasserleitung sich eine hygienisch einwandfreie Wasserversorgung für den Ort Morogoro werde ermöglichen lassen, hat sich nicht erfüllt; die Verhältnisse sind unverändert geblieben.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der einzige einwandfreie Brunnen befindet sich auf dem Grundstück der Firma Wohlfart & Beckendorf, alle übrigen Brunnen sind einmal zu flach und daher allen Verschmutzungen ausgesetzt, und außerdem ist ihr Wasser eisenhaltig, so daß die Eingeborenen es verschmähen. Einige Europäer und einzelne Farbige des Ortes Morogoro entnehmen daher ihr Wasser dem Morogorobach, der natürlich allen möglichen Verschmutzungen ausgesetzt ist. Die Pflanzungsarbeiter sind ebenfalls auf das verunreinigte Wasser der von Uluguruvorbergen kommenden Bäche angewiesen.

Die Regelung der Wasserversorgung in hygienisch einwandfreiem Sinne ist für Morogoro eine dringende Forderung, ja eine Lebensfrage, zumal bei dem Umbau der Stammstrecke der Mittellandbahn zweifellos eine große Masse von Europäern und Farbigen hier in Morogoro zusammenströmen muß.

Die europäischen Beamten und Einwohner von Kilossa entnehmen ihr Wasser aus einem abgedeckten Brunnen mit Pumpe, der im Schußbereich der Boma östlich unterhalb des Bomahügels am Markt steht. Das Wasser ist durch eine Untersuchung als einwandfrei erklärt worden, wird aber trotzdem von den Europäern in abgekochtem und filtriertem Zustande verbraucht.

Die in der Nähe der Boma vorhandenen Askari, Eingeborenen und Inder entnehmen ebenfalls ihren Bedarf an Wasser aus dem eben beschriebenen Brunnen.

Außerdem sind im Dorfe an verschiedenen Stellen von privater Seite große Zementröhren eingesenkt, die bis zum Grundwasser hinabreichen. Eine Ermahnung der Farbigen, dieses Wasser zu vermeiden, hat keinerlei Erfolg, da bei seiner Indolenz der Neger nicht zum Brunnen gehen wird, wenn eine Regenpfütze vor seinem Hause steht oder ein Wassergraben daran vorbeifließt.

Außer dem Brunnen in der Boma hat der Ort Iringa nur noch eine Brunnenanlage. Weitere Versuche der Station, Wasser zu erbohren, sind bisher gescheitert.

Der einzige private Brunnen befindet sich im Gehöft Greiner. Er ist bereits vor 8 Jahren angelegt und hat bei einer Tiefe von 6 m eine einfache Saugpumpe. Dieser Brunnen gibt sehr wenig Wasser und hat im Berichtsjahre bis zur Regenzeit trocken gestanden. Das Wasser wird wegen seines herben Geschmackes nicht zu Trinkzwecken benutzt, hierzu wird filtriertes Ruaha- oder Regenwasser verwandt.

Den Bedarf an Wasser für Europäer und Eingeborene liefert demnach im wesentlichen der kleine Ruaha. Der Weg vom Ort zum Fluß beträgt bergab etwa 10, bergauf 15 Minuten. Besonders die Bewohner der Landschaft Ubena beschäftigen sich mit dem Tragen von Wasser und erhalten für den Tin 2 H. Ihre Abnehmer sind Europäer und Eingeborene.

Die Wasserversorgung der Europäer der Station Mahenge erfolgt durch einen fließenden Brunnen, der durch Fassen einer Quelle gewonnen wurde. Die bei der Station gelegene Mission Kwiro besitzt in den von Europäern bewohnten Gebäuden eine Wasserleitung, die das Wasser einer Quelle den Gebäuden zuleitet.

Die Eingeborenen schöpfen Wasser aus den klaren, schnell fließenden Gebirgsbächen, die beim Stationsorte vorüberlaufen. Auch im übrigen Bezirk dienen zum allergrößten Teil während des ganzen Jahres fließende Wasserläufe der Wasserentnahme zu Trink- und Verbrauchs-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

zwecken, und nur in geringer Ausdehnung sind selbst während der Trockenzeit Wasserlöcher in Gebrauch.

In der Wasserversorgung Neu-Langenburgs sind Änderungen nicht eingetreten. Für die Europäer wird das Wasser durch die Kettengefangenen in Eimern von einer Felsenquelle in einer tiefen steilen Schlucht, etwa 10 Minuten südlich der Station, herangebracht. Zum Aufbewahren besitzen die Häuser mehrere von den Eingeborenen am Njassaufer gefertigte und gebrannte urnenförmige, etwa 80—150 l enthaltende Töpfe. Da diese Töpfe nicht glasiert sind, lassen sie viel Wasser verdunsten, so daß das in ihnen befindliche Wasser stets kühl ist.

Infolge der Kälte des Wassers, des täglichen Verbrauchs und der täglichen Neufüllung der Töpfe halten sich Mückeneier und Larven in ihnen nicht.

Die Eingeborenen holen ihr Wasser aus anderen in der Umgebung in den Schluchten zahlreich befindlichen Quellen und Bächen.

Die Europäer von Massoko erhalten das Wasser aus den Quellen des nordwestlich von der Station entspringenden Itembuisiflusses.

Die farbigen Einwohner von Massoko schöpfen das Wasser aus dem Itupiflusse und den dort entspringenden Quellen.

Das Wasser hat zur Beanstandung noch keinen Anlaß gegeben. Von den Europäern wird es nur abgekocht getrunken.

Die Trinkwasserverhältnisse von Kissenji sind überall günstig. Die Europäer schöpfen das Trinkwasser aus einer etwa 20 Minuten entfernt liegenden Quelle, während die Eingeborenen sich das Wasser aus dem Fluß besorgen. Das Wasser des Kivusees ist infolge seines reichen Kalkgehaltes zum Genuß nicht sehr geeignet.

Der größte Teil der Europäer, die meisten Inder und auch viele Eingeborene aus dem Zentrum der Stadt Muansa beziehen ihren Bedarf an Wasser aus dem vom Bezirksamt im Festungshof der Polizeiabteilung errichteten steinernen Wasserreservoir, das vermittels eines Petroleummotors durch eine Röhrenleitung aus dem See gespeist wird. Dieses Wasser ist völlig einwandfrei; auch darf in der Nähe auf eine größere Strecke hin kein Wasser von Eingeborenen geschöpft werden.

Die beiden Sodawasserfabriken beziehen ihr Wasser ebenfalls aus dem Reservoir der Polizeiboma.

Der größte Teil der eingeborenen Bevölkerung des östlichen Stadtbereiches deckt seinen Wasserbedarf aus Wasserschöpfstellen, die zu einem Teile in dem Bett des Muansabaches, zum überwiegenden Teile auf den daneben angelegten Zuckerrohrfeldern ausgehoben worden sind, die bei Versiegen des Grundwassers verlassen und nicht wieder zugeschüttet werden.

Verschiedene andere Wasserschöpfstellen liegen in der weiteren Umgebung des oberen Laufes des Muansabaches.

Gemauerte Schachtbrunnen, die einwandfreies und ausreichendes Trinkwasser für die farbige Bevölkerung lieferten, gibt es zur Zeit nicht. Das Kaiserliche Bezirksamt hatte vor einer Reihe von Jahren unter hohen Kosten einige ausgemauerte und zementierte Schachtbrunnen herstellen lassen, die jedoch bald wieder eintrockneten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Einige Inder und Griechen sind im Besitze von ausgemauerten Brunnen, die jedoch nur für den eigenen Haushalt bestimmt sind. Vor der Araber- und Wasuahelimoschee steht je ein Schachtbrunnen, dessen Wasser ausschließlich für die rituellen Waschungen vor dem Gottesdienst gebraucht wird.

Das Stationsboot in Schirati holt täglich aus dem See, etwa 500—700 m vom Strande entfernt, Wasser für die Europäer und für die Sodabereitung.

Das Trinkwasser für die Farbigen der Station wird von den Kettengefangenen an bestimmten Schöpfstellen aus dem See entnommen.

Die wenigen im Bezirk Kilimatinde wohnenden Europäer haben ausnahmslos bei ihren Wohnungen gutes Brunnenwasser.

Die Farbigen, besonders die in der Steppe wohnenden Wagogo, haben in der Trockenzeit fast ausnahmslos an großem Wassermangel zu leiden; das wenige vorhandene Wasser ist in der Höhe der Trockenzeit außerdem meist brackig oder direkt salzig. Doch wissen die Wagogo oft Stellen, wo durch Graben Wasser zu erhalten ist, die sie aber Fremden sorgfältig verbergen.

In Saranda, dem Sitze des Jumben, ist im Berichtsjahre ein guter, tiefer Brunnen aus Zementröhren mit Zugeimervorrichtung angelegt worden.

Die farbige Bevölkerung Bismarckburgs entnimmt ihren Wasserbedarf dem See, und soweit sie in der Nähe des Kawabaches wohnt, letzterem. In hygienischer Beziehung dürfte das Seewasser den Vorzug vor dem Flußwasser verdienen.

Man findet nämlich gelegentlich dysenterische Erkrankungen, die sonst unter der reinen Küstenbevölkerung auffallend selten sind, speziell in jenen Küstendörfern, die unmittelbar an einem wasserführenden Fluß oder Bach gelegen sind, dem sie dann auch ihr Wasser entnehmen. Solche Dörfer sind beispielsweise Chonga und Tundu in der Kalabucht, deren Bewohnern empfohlen wurde, ihr Trinkwasser im See anstatt im Mkimafluß zu schöpfen, da die verhältnismäßig häufigeren Dysenteriefälle auf Genuß des Flußwassers zurückgeführt werden mußten.

In Udjidji liefert ein etwa 20 m vom Hospital entfernt liegender gemauerter und überdachter Brunnen einwandfreies, sehr klares und wohlschmeckendes Trinkwasser, das zur Sodafabrikation Verwendung findet.

Die Herstellung von Sodawasser liegt in den Händen eines Inders, der das aus dem Stationsbrunnen entnommene Wasser nach Filtration durch Berkefeldfilter sofort mit Kohlensäure sättigt. Die Fabrikationsanlage wird häufig revidiert.

Das Badewasser für die in der Boma wohnenden Europäer wird von den Kettengefangenen aus dem See geschöpft.

Der Wasserverbrauch für das Hospital und das Schlafkrankenlager wird durch einen im Lager angelegten und gemauerten Brunnen gedeckt.

Die Eingeborenen schöpfen ihr Wasser größtenteils aus dem See, vereinzelt aus tiefen Wasserlöchern.

Die Europäer von Usumbura trinken abgekochtes Tanganykawasser.

Das Wasser wird ebenso wie das Badewasser von den Kettengefangenen in die einzelnen Wohnungen getragen. Die Farbigen lieben das Seewasser im allgemeinen nicht, sie bezeichnen es als salzig und bevorzugen das Wasser der durchfließenden Bäche. Brunnen gibt es in Usumbura nicht. Das Seewasser ist gut und schmackhaft; das Flußwasser ist naturgemäß nicht einwandfrei, doch sind die Leute trotz häufiger Warnungen von seinem Genuß nicht abzubringen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Im Stationshof von Bukoba befindet sich ein Ziehbrunnen, der jedoch nur für Notfälle vorgesehen ist. Das Wasser zum Baden wird meist aus dem See entnommen, das Trinkwasser aus einer Quelle, die auf den Randbergen im Westen der Station entspringt und deren Zugang verschlossen ist.

Dieses Wasser ist vollkommen einwandfrei, klar und von gutem Geschmack und wurde seit Jahren ungekocht zur Sodafabrikation verwendet. (Die hiesige Messe besitzt schon seit längerer Zeit einen großen Kohlensäureapparat.) Im letzten Jahre wurde jedoch auf Betreiben des Stationsarztes ein großer Wasserkessel beschafft, und seit etwa zwei Monaten wird das Wasser vorher abgekocht und dann erst zur Bereitung von Soda verwandt.

Die Eingeborenen schöpfen ihr Wasser zum Teil aus dem See, teils aus dem Kanonibach; auch dieses Wasser ist klar und sieht gut aus; ob es freilich immer einwandfrei ist, muß dahingestellt bleiben, weil am Bach zahlreiche Schamben liegen, die ihn eventuell verunreinigen könnten. Die Kettengefangenen erhalten ihr Trinkwasser auf der Boma nur abgekocht; inwieweit sie sich vor und nach Verbüßung ihrer Strafe, wie auch bei ihrer Arbeit an der Kette, während der sie sehr häufig an die zahlreichen Wasserstellen kommen, dem Genuß ungekochten Wassers hingeben, läßt sich nicht beurteilen.

6. Abfuhrwesen, Latrinen.

Bei den Europäern Wilhelmstals finden Müll und Abfälle Aufnahme in bereitgehaltenen Tonnen und Behältern, die regelmäßig in die Müllgruben geleert werden.

Die Beseitigung bei den Eingeborenen geschieht direkt in die dazu bestimmten Müll- und Abfallgruben.

Latrinen sind für Europäer und Farbige genügend und in brauchbarem Zustande auf der Station vorhanden.

Für die Aborte der Europäer in Amani ist zum Teil das Grubensystem, zum Teil das Tonnensystem vorhanden.

Bei den Arbeiterhütten sind Aborte gebaut, wie sie zur Bekämpfung von Seuchen zweckmäßig sind.

Eine öffentliche Müllabfuhr gibt es nicht. Die meisten Wohnungen haben in der Nähe eine Grube, wohinein aller Unrat kommt.

Die Müllabfuhr in der Stadt Tanga ist durch eine Verordnung des Kaiserlichen Gouvernements geregelt; sie wird durch die Stadtverwaltung besorgt.

Das Müll wird mindestens zweimal wöchentlich durch Eselwagen fortgeschafft; die Hausbesitzer sind verpflichtet, das Müll bis zur Abholung in einem geschlossenen Behälter aufzubewahren. Die Müllabladeplätze liegen außerhalb der Stadt.

Für die Latrinen der Europäer und Eingeborenen sind durchweg Senkgruben angelegt, nur in den Aborten der Kettengefangenen finden wir das Tonnensystem, das Krankenhaus allein ist mit Kanalisation versehen.

In der Stadt Tanga ist das Kanalsystem zur Verbesserung des Regenwasserabflusses im Europäerviertel weiter ausgedehnt. Fast alle Hauptstraßen werden jetzt ordnungsgemäß entwässert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine amtliche Müllabfuhr findet in Muhesa nicht statt, jeder Einwohner ist gehalten, die Straße vor seinem Hause rein zu halten und Abfälle zu beseitigen.

Aborte sind für Europäer an der Bahnstation zwei vorhanden.

Für die Farbigen hat die Sanitätsdienststelle gegenüber dem Hospital, jenseits der Straße, eine tiefe Senkgrube mit Schutzdach anlegen lassen. Alle in der Nähe sich aufhaltenden Farbigen sind angewiesen worden, diese Latrine zu benutzen. Die Latrine wird täglich einmal desinfiziert.

Die Müllabfuhr in Pangani wird durch Eselwagen besorgt. Vor jedem Europäer- und Eingeborenenhause steht ein Behälter, welcher täglich entleert wird. Die Abfälle werden außerhalb der Stadt gefahren und durch Feuer unschädlich gemacht.

Der Bau von zwei Latrinen in der Askarikaserne und der Schule ist am Anfang des Berichtsjahres fertiggestellt.

Beide Latrinen sind in kleine Abteilungen eingeteilt. Die Latrine in der Askarikaserne ist für Männer und Weiber getrennt.

In der Nähe der Kettengefangenenboma wurde für die Wache eine neue Latrine in Form einer Senkgrube gebaut; sie wurde mit Wellblech umzäunt.

Die Abfuhr von Kehricht, Müll und Abfall aller Art geschieht im Stadtbezirk Bagamojo durch das Bezirksamt.

Herumliegende Blechgefäße, die bei Regenwetter leicht Wasseransammlungen verursachen und somit als Brutstätten für Moskitos dienen können, werden in die an den Wegen und auf den Höfen stehenden Kisten gesammelt und vom Bezirksamt durch eine seit Jahren errichtete Müllabfuhr nach den Schuttabladeplätzen außerhalb der Stadt transportiert.

Die Abortanlagen der Europäer entsprechen den Anforderungen. Im Bezirksamt, in der Polizeiboma, im Hospital sowie in verschiedenen Privatgebäuden bestehen im durchlässigen Sandboden gut funktionierende Senkgruben. Die ununterbrochene Aufsaugung der Stoffe durch den Sandboden wird durch genügende Mengen Spülwasser unterstützt.

Dem Bezirksamt Daressalam stehen für Abfuhrwesen 10 mit Eseln bespannte Wagen zur Verfügung. Die Abfälle in den Häusern und auf dem Markt werden in Kisten gesammelt und täglich in eine Grube in der Nähe des Simbasiflusses gefahren und verbrannt.

Die meisten Aborte der Europäer haben Wasserklosetts, deren Abflußröhren entweder in allseitig verschlossene, ausgemauerte Senkgruben führen oder direkt in Kanäle, die in den Hafen münden. Die Abwässer werden entweder ebenfalls in die Kanäle und Senkgruben oder auf die Grundstücke geleitet, wo sie schnell versickern.

Die Inder haben zum Teil ausgemauerte Abortgruben, zum Teil nur oberflächlich gelegene Gruben mit Bretterabsteifung. Die Abwässer werden in die Kanäle oder kleinere Gruben geleitet, zumeist versickern sie auf den Höfen.

Die Eingeborenen bauen auf ihren Höfen tiefe und breite Abortgruben, die oben mit Holz und Lehm zugedeckt werden. Die Abwässer versickern auf den Grundstücken. Öffentliche Aborte für Eingeborene gibt es 2 am Strande und 1 in der Kitschwelestraße. Ihre Reinhaltung macht Schwierigkeiten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlaß zu Beanstandungen bei Gesundheitsbesichtigungen hat stets das Inderviertel gegeben. Da dieser Stadtteil zu dicht bevölkert ist, ist der Boden durch die aus den Abortgruben durchgesickerten Fäkalien und durch die Abwässer verseucht.

Aborte und Abwässer verbreiten einen üblen Geruch und machen das Wohnen hier zur Qual. Diesen Übelständen kann nur durch den Bau einer modernen Kanalisation abgeholfen werden.

Ein geregeltes Müllabfuhrwesen ist auf der Station Morogoro bisher noch nicht eingerichtet worden.

Die Latrinen der Europäer auf der Station bestehen aus Senkgruben.

Die Aborte für die Askari sind unzureichend. Für 50 Askari mit ihren Weibern, Kindern und Boys, 10 Knüppelaskari und die Baharias ist nur ein Abort vorhanden. Für die Kettengefangenen ist eine offene Senkgrube ausgehoben. Die Europäerboys suchen sich ein verborgenes Plätzchen im Busch.

Im Bezirke werden die Eingeborenen angehalten, im Hofe eines jeden Hauses überdachte Senkgruben anzulegen. Auf ihren Feldern hacken sie bei Bedarf ein Loch, das sie dann wieder zuschütten. Dies erscheint vor allem wegen der großen Ausbreitung der Wurmkrankheit unter der Rufiji-Bevölkerung sehr notwendig. Ein großer Teil der Bevölkerung benutzt noch immer die bequeme und günstige Gelegenheit des Badens im Flusse zur Erledigung ihrer Bedürfnisse.

Die Europäerpflanzungen haben, oder sollen wenigstens überdachte Abortgelegenheiten für ihre Arbeiter haben. Doch läßt der gute Wille noch viel zu wünschen übrig.

Die Müllabfuhr in Kilwa geschieht durch Eselwagen des Bezirksamts und Handwagen, die von Kettengefangenen gezogen werden. Das Müll aus den Häusern der Europäer, Inder und Eingeborenen wird in großen Sammelbehältern an verschiedenen Stellen des Ortes vom Hauspersonal zusammengetragen und von da täglich abgefahren. Gleichzeitig wird auch der Straßenkehricht von diesen Wagen abgefahren.

Im ganzen Bezirk sind Aborte für jedes Haus vorgeschrieben.

Doch läßt sich nicht behaupten, daß diese Aborte ausschließlich benutzt werden. Bei Tage, besonders wenn sie auf ihren Feldern arbeiten, verrichten die Eingeborenen ihre Notdurft hinter einem günstig gelegenen Busch.

Die Abortanlagen finden sich entweder in der Hütte selbst im Waschraumwinkel oder im Freien in der Nähe der Hütte, zum Teil im eingefriedigten Hof des Hauses. Sie sind einfache Senkgruben, die bis auf eine kleine Öffnung überdeckt sind. Meist findet sich ein Wassergefäß im Abortraum zur Säuberung. Das Abortloch soll ebenso wie das Wassergefäß außer Gebrauch verschlossen sein, um der übermäßigen Entwicklung von Schmeißfliegen und Mücken vorzubeugen.

Im Orte Kilwa bestehen für Europäer zur Zeit Abortanlagen mit Wasserspülung. Im übrigen sind die Aborte gleichfalls Senkgruben mit darüber gebautem Sitz oder Sitze mit darunter gestellten Eimern oder Blechkästen.

Der Unrat und das Müll aus der Stadt Lindi wird vorzugsweise in den Creek zwischen Hospital und Stadt gebracht, der dadurch langsam aufgefüllt wird.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Wegen der Verseuchung des Strandes mit Wurmkrankheit infolge der früher angeordneten Kotablage wurde den Eingeborenen aufgegeben, in ihren Höfen einen Abort mit Senkgrube anzulegen. Die Art wurde im öffentlichen Schauri praktisch vorgeführt. Diese Verordnung wurde binnen kurzem durchgeführt, da die Eingeborenen den Zwang, am oft weit entfernten Meeresstrande in aller Öffentlichkeit ihre Notdurft zu verrichten, sehr lästig empfunden hatten.

Die Latrinenanlage der Polizeiaskaris im Bezirksamtsgebäude besteht aus einer zementierten Grube, die von Zeit zu Zeit in Tonnen leer geschöpft wird. Die Tonnen werden nachts ins Meerwasser entleert.

In Ssongea werden die Abfälle (Müll) bei den Europäern in Blechtins geworfen und diese täglich nach den durch rote Fähnchen gekennzeichneten Müllpätzen gebracht, wo sie durch Abbrennen vernichtet werden.

Auch die Eingeborenen sind angewiesen, ihre Abfälle nach den Müllplätzen zu bringen, was durch Polizisten kontrolliert wird.

Als Latrinen der Europäer dienen zum Teil Blechtins, welche in einem Holzkasten stehen und täglich zweimal entleert werden. Die Kotmassen werden mit in die Abortgruben für Kettengefangene geschüttet und diese nach Bedarf mit Lysol desinfiziert.

Die Eingeborenen haben ihre Aborte im Orte — wie bei den Wasuaheli üblich — hinter ihren Häusern.

Auch ist im ganzen Bezirk bei den Jumben angeordnet worden, Aborte anzulegen. Die Durchführung dieser Anordnung wird bei Reisen kontrolliert. Es ist jedoch die Wahrnehmung gemacht worden, daß sich der Eingeborene hieran sehr schlecht gewöhnt und lieber seine Notdurft im Freien verrichtet.

In Moschi wird das Müll der Boma und der von Beamten bewohnten Häuser durch die Kettengefangenen in Petroleumtins und ähnlichen Gefäßen fortgetragen und außerhalb des Ortes auf Haufen zusammengeworfen, wo es verrottet. Ähnlich verfahren die Eingeborenen, nur nicht mit der nötigen Sorgfalt.

Sie werfen auch das fortgetragene Müll häufig nicht auf die dazu bestimmten Stellen und niemals auf die Höhe des schon bestehenden Haufens, sondern stets an dessen Rand oder daneben. Dadurch erreichen sie, daß die Gegend eines Müllhaufens stets höchst unsauber aussieht. Die Eingeborenen, die an den Gräben wohnen, die ganz Moschi durchziehen, werfen allen Unrat in diese Gräben, deren Wasser und Grund entsprechend schmutzig sind. In diesen selben Gräben waschen sie auch ihre Wäsche, reinigen ihr Eßgeschirr, ja sie benutzen das Wasser auch manchmal zum Trinken.

In Neu-Moschi, das erst im Entstehen begriffen ist, schüttet noch jeder sein Hausmüll hin, wo es ihm beliebt.

Der menschliche Kot wird aus der Boma Moschi durch Wassergräben entfernt, in die der Kot vom Abort aus direkt fällt und die sich im Felde verlaufen. Irgendwelche Schädigungen werden dadurch nicht hervorgerufen. Die Farbigen entleeren ihren Kot in Gruben, die einfach in den Lehm gegraben und oben so weit geschlossen sind,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

daß nur ein kleines Loch für den Einfall des Kotes bleibt. Der gleichzeitig entleerte Urin läuft einfach in die Umgebung.

Diese Gruben sind natürlich hygienisch nicht einwandfrei, da sie den Urin nicht mit aufnehmen und n keiner Weise abgedichtet sind. Da jedoch nur wenig Flüssigkeit in sie hineinkommt und die in ungeheuren Massen darin lebenden Fliegenmaden den Kot fressen und seine Menge nicht zu groß werden lassen, ist eine bedeutende Verschmutzung der Umgegend nicht zu befürchten. Sie bilden allerdings auch eine Brutstätte für die so überaus lästigen und unappetitlichen Fliegen. Dagegen sind sie wertvoll dadurch, daß sie die Eingeborenen veranlassen, ihren Kot nicht an beliebigen Punkten abzusetzen, wodurch sie einer Verschmutzung der Gegend und der Ausbreitung der Wurmkrankheit wirksam entgegentreten.

In Neu-Moschi hat man bisher ebensolche Gruben angelegt, wenigstens dort, wo Europäer wohnen.

Wenn diese Gruben nun bloß im Lehm stehen, der ja an und für sich die Flüssigkeiten nicht allzu gut durchläßt, ist wohl eine besondere Gefährdung der Gesundheit dadurch nicht zu befürchten. Anders liegt aber wohl die Sache, wenn sie in die Lava gesprengt und nicht auszementiert werden. Denn die Lava ist sehr porös und daher sehr leicht durchlässig. Sie wird also zunächst wie ein Filter wirken, das Wasser durchlassen und die Schmutzstoffe zurückhalten. Jedes Filter verschmutzt aber mit der Zeit und wird dann für Schmutz und besonders für Bakterien durchlässig. Da nun unter dem Platze Neu-Moschi die Wasseradern entlang gehen, die als Quellen am Rauwalde zutage treten und der Eingeborenenstadt ihr Trinkwasser liefern, so ist eine Möglichkeit der Verseuchung dieser Quellen durch Latrinengruben nicht ausgeschlossen. Am zweckmäßigsten wäre es wohl daher, wenn Neu-Moschi von vornherein mit Kanalisation versehen würde, was ja deshalb keine unüberwindlichen Schwierigkeiten machen kann, weil eine Wasserleitung gebaut werden soll. Platz für Rieselfelder wäre ebenfalls in der tiefer liegenden Steppe zu finden.

Im übrigen Bezirk entleeren die Europäer ihren Kot wohl zum größten Teil ebenfalls in Gruben, während die meisten Eingeborenen bisher keine derartigen Anlagen benutzen.

Die Abfälle werden in Aruscha an bestimmten Plätzen in der Peripherie des Ortes gesammelt und allwöchentlich verbrannt.

Fast in allen Häusern Aruschas finden sich Aborte. Um die Kotablage im Freien weiter einzuschränken, ist eine öffentliche Latrine, die leicht zu reinigen ist, im Askaridorf errichtet worden.

In Mpapua ist in jedem Gehöft eine Latrine nach Art der Neger. Außerdem ist an der Karawanserei eine große Latrine nach derselben Art vorhanden, jedoch wird diese fast gar nicht benutzt.

Für die Europäer der Station Kondoa-Irangi stehen 5 Latrinen mit Tonnensystem zur Verfügung. 3 Latrinen sind im Hof des Bezirksamts gelegen und 2 in einem neu erbauten Hause für einen verheirateten Europäer. Die Latrinen werden täglich durch Gefangene entleert und die Fäkalien an einwandfreien Stellen vergraben.

In der Eingeborenenstadt befindet sich auf jedem Grundstück eine Latrine nach Eingeborenenart. Eine öffentliche Latrine befindet sich in der Nähe des Trägerlagers.

Eine geregelte Beseitigung des Mülls besteht in Morogoro nicht, jeder Europäer und Farbige hat seine eigenen Müllgruben, ein in einer europäischen Ansiedlung größeren Stils unhaltbarer Zustand.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Latrinen sind beim Bezirksamt und bei den Europäern des Ortes Morogoro nach dem System der Schwindgruben gebaut bzw. eingerichtet.

Die Gruben sind etwa 5 m tief und durch Zementverputz verschlossen. Sie entsprechen, falls sie zur Vermeidung der Ansammlung von Moskitolarven in angemessenen Zeiträumen desinfiziert werden, oder wenn in entsprechenden Ze träumen in die Syphons Petroleum eingegossen wird, billigen hygienischen Anforderungen.

Für Askari, Kettengefangene und Lazarettkranke bestehen Latrinengräben, die nach Gebrauch, oder wenn sie voll sind, zugeworfen werden.

Auch diese Latrinen entsprechen, zumal da sie monatlich einmal gründlich desinfiziert werden, den an eine Eingeborenenlatrine zu stellenden hygienischen Anforderungen.

Im Dorfe Morogoro bestehen in jedem Farbigenhause die unter den Mohammedanern der Küste üblichen Grubenlatrinen, gegen die sich vom hygienischen Standpunkt aus kaum etwas einwenden läßt.

Wesentlich ungünstiger liegen die Verhältnisse auf den Pflanzungen. Hier will es trotz großer Mühe nicht gelingen, die Arbeiter zur ausschließlichen Benutzung der Latrinen zu erziehen.

Die Müllbeseitigung der Europäer der Bezirksnebenstelle Kilossa geschieht durch Ansammlung des Mülls in Gefäßen, die täglich von den Kettengefangenen an eine bestimmte Stelle in den Busch gebracht und deren Inhalt später durch Feuer vernichtet wird. Die Abfälle anderer Europäer werden auf dieselbe Weise durch deren Arbeiter beseitigt. Die Latrinen auf der Bezirksnebenstelle sind nach dem System der Senkgruben angelegt und entsprechen billigen hygienischen Anforderungen.

Die Müllbeseitigung der Inder und Eingeborenen entspricht nicht den hygienischen Anforderungen. Die Leute schleppen alles in einen in der Nähe vom Markt gelegenen Sumpf.

Die Latrinen der Inder und Eingeborenen bestehen in Senkgruben hinter ihren Häusern auf den Höfen.

Hin und wieder trifft man auch etwas entfernt von der Behausung liegende Latrinen an.

Wie auf der Station Iringa, wird auch von den übrigen hier wohnenden Europäern ein einfaches Tonnensystem verwendet, d. h. zur Aufnahme des Stuhles dienen Blechtins, die jeden Tag entleert werden.

Eine Müllabfuhr war früher durch die Station in die Wege geleitet und zwar derartig, daß ein Wagen im Ort herumfuhr und überall das Müll auflud. Diese Methode führte zu großen Unzuträglichkeiten.

Den Eingeborenen werden jetzt Plätze für Müllablage in der Umgebung des Ortes bezeichnet, und zwar kommen hierfür die von früher vorhandenen Bau- und Lehmgruben in Betracht.

Durch die Polizeiaskari wird streng auf die Durchführung dieser Maßnahmen geachtet, außerdem findet eine regelmäßige Revision in hygienischer Beziehung durch die Sanitätsdienststelle statt.

Die Latrinen der Eingeborenen bestehen hier aus den bekannten tiefen Senkgruben, die nach oben eine kleine, leicht zu schließende Öffnung besitzen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Müll wird sowohl von der Station Mahenge als auch aus der Ortschaft nach einer großen Müllgrube gebracht und dort von Zeit zu Zeit verbrannt. Dieses Verfahren ist einfach, verursacht keine Kosten und hat sich bisher gut bewährt.

Die Latrinen auf der Station sind nach dem Tonnensystem eingerichtet; die Tonnen werden täglich in eine Senkgrube entleert. Im Orte Mahenge befindet sich bei jedem Haus eine Latrine nach Suaheliart, bestehend aus überdeckter Senkgrube. Diese Art der Anlage von Latrinen ist völlig einwandfrei.

In Neu-Langenburg wird das Müll, soweit die Bequemlichkeit der Eingeborenen es nicht in das Gras dicht bei den Häusern werfen läßt, auf einen abseits des Dorfes gelegenen Platz, der durch eine Stange mit einem weißen Fähnchen kenntlich gemacht ist, geschafft. Infolge der starken und vielen Regen und des üppigen Graswuchses verschwindet aber auch das Müll, das dicht bei den Häusern abgelegt ist, sehr schnell und hilft den Boden düngen.

In den Abortanlagen für Europäer besteht, ebenso wie im Eingeborenenhospital und im Gefängnis zur Nachtzeit, das Eimersystem. Täglich werden die Eimer durch Strafgefangene entleert und gereinigt.

Von den eingeborenen Soldaten und Suahelis, Indern usw. legen sich die meisten hinter ihren Häusern kleine Gruben an, die bis auf eine kleine Öffnung wieder überdeckt sind. Von Zeit zu Zeit werden die Gruben wieder zugeschüttet und neue daneben angelegt. Infolge der überaus großen Aufnahmefähigkeit der vulkanischen Asche, aus welcher der Boden besteht, hat dieses Verfahren noch keinerlei nachträgliche Erscheinungen gegeben.

Die anderen Eingeborenen benutzen das freie Feld zur Ablage ihres Unrates.

Im Dorfe Bismarckburg (Händlerdorf sowie die Warungudörfer der Ebene bei Bismarckburg) ist auf Antrag des Stationsarztes die Anlage von Hauslatrinen nach Suaheliart obligatorisch gemacht worden. Die Durchführung wurde von Seiten der Sanitätsdienststelle kontrolliert.

Für die Kettengefangenen besteht eine besondere Latrine in der Nähe und in der Form der Askarilatrinen.

Müll und Unrat wird an einer hierfür bestimmten Stelle in größerer Entfernung von der Station auf einen Haufen geschüttet und von Zeit zu Zeit verbrannt. Eine große Grube, die sich dazu noch besser eignen würde, ist in der Nähe der Station wegen des felsigen Bodens nur schwer anzulegen.

Im Abfuhrwesen in der Station Muansa hat sich nichts geändert. Im Interesse der Wurmkrankheitsbekämpfung sind 15 öffentliche Latrinen und auf den Grundstücken der europäischen Firmen Abortanlagen für die farbigen Arbeiter errichtet worden.

An bestimmten Stellen der Station Schirati sind Müllgruben angelegt. Die Eingeborenen sind angewiesen, nur diese zu benutzen. Die Latrinen der Inder, Polizeiaskari und der Wasuaheli befinden sich hinter deren Hütten und bestehen aus einer tiefen überdeckten Grube.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Latrinen der Europäer sind nach dem Tonnensystem eingerichtet. Sie liegen entfernt vom Wohnhause und werden jeden Tag gesäubert.

Das Abfuhrwesen der Station Kilimatinde ist in der Weise geregelt, daß die gesamten Abfälle, Müll, Inhalt der Latrinentonnen usw. jeden Morgen von Kettengefangenen abgetragen und zu einem 10 Minuten von der Boma entfernten freien Platz gebracht werden. Dorthin wird auch der Mist aus der Viehboma gebracht, und alles von Zeit zu Zeit verbrannt.

Die Europäer des Bezirks haben entweder, wie die Boma, Latrinen nach dem Tonnensystem oder einfache Senkgruben.

Die Eingeborenen am Stationsorte haben durchweg Senkgruben in ihren Höfen oder in der Nähe ihrer Häuser, in die sie ihre Abfälle und Exkremente beseitigen.

Die Wagogo dagegen, auch die intelligenteren und Jumben, verrichten ihre Bedürfnisse nach wie vor im Busch und sind weder durch Belehrung noch durch Bestrafung von dieser Sitte abzubringen.

Es sind in diesem Jahre am Stationsort 3 öffentliche Latrinen errichtet, eine am Markt und 2 in der Nähe der Boma; davon eine für durchziehende und lagernde Europäer und die andere für Farbige. Diese Latrinen werden von den Eingeborenen fleißig benutzt.

Die Beseitigung von Müll wird auf der Station Udjidji von den Kettengefangenen besorgt, die täglich den Unrat in eine tiefe große Grube schütten.

Der Grubeninhalt wird mehrmals wöchentlich ausgebrannt. Je nach Bedarf werden neue Gruben angelegt und die alten zugeschüttet.

In ähnlicher Weise wird das Müll von den Eingeborenen beseitigt.

Als Latrinenanlage dient für die Boma und das Lazarett das Tonnensystem; die Blechkübel werden täglich entleert und häufig mit Kresollösung desinfiziert.

Für die Kettengefangenen, die Kranken des Hospitals und des Schlafkrankenlagers sind Senkgruben angelegt, die wegen der guten Durchlässigkeit des Bodens viele Monate lang benutzt werden können.

Die Askari und die Eingeborenen haben im Dorfe in den Höfen hinter ihren Wohnungen kleine Senkgruben ausgehoben.

Müll und Abfall der Station Usumbura werden vor den einzelnen Häusern in Kästen und Körben gesammelt und täglich 1—2 mal in eigens hierfür angelegte Senkgruben abgetragen. Das Tragen geschieht durch Kettengefangene. Die Müllbeseitigung im Dorfe wird von den dortigen Polizisten beaufsichtigt und von dem dazu bestimmten Europäer kontrolliert. Sie geschieht in ähnlicher Weise wie auf der Station. Es sind außerhalb des Dorfes Plätze zum Abladen des Unrates bestimmt.

Jeder Europäer hat bei seiner Wohnung seinen Abort. Es besteht das sogenannte Kübelsystem. Die Kübel werden von Kettengefangenen abgetragen. Für die Farbigen sind unmittelbar beim Dorf (Askari, Kettengefangene getrennt) Senkgruben als Latrinen ausgeworfen und mit entsprechendem Aufbau versehen. Sobald sie gefüllt sind, werden sie zugeworfen und neue ausgehoben.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Müll wurde in Kissenji in Gruben gebracht und gelegentlich abgebrannt.

Neben jedem Europäerhaus ist in einem kleinen Nebenbau eine Latrine errichtet,die jeden Morgen durch Kettengefangene entleert wird.

Die hier wohnenden Inder haben gemäß Anordnung in ihren Gebäuden Latrinen gebaut.

Das Müllbeseitigungs- und Latrinenwesen der Station Bukoba wurde durch eine Besprechung zwischen Sanitätsdienststelle und Residentur geregelt, als deren Folge eine genaue Polizeiverfügung über die betreffenden Punkte erlassen wurde. Danach wurden zunächst bei den Messeküchen große Eimer zur Aufnahme der Abfälle aufgestellt.

Die Entleerung dieser Gefäße geschieht in die dafür angelegten Müllgruben, die auch das Müll aller Wohnungen aus der Stadt aufnehmen. Das angesammelte Müll wird wöchentlich einmal durch Feuer vernichtet, um zu verhüten, daß sich Ratten einnisten. Die Eingeborenen haben sich an die Benutzung der Müllgruben bald gewöhnt, und es kommt bei ihnen nur selten vor, daß gegen die Polizeiverfügung verstoßen wird; eher schon bei den Indern, die ja in tiefem Schmutz zu leben gewöhnt sind.

Was das Latrinenwesen anbelangt, so blieben bei den Europäern wie früher Tins oder Eimer mit Holzverschalung oder auch Zimmerklosetts in Benutzung, die in eine große, neben der Müllgrube der Funkenstation angelegte Senkgrube geleert werden; die früher dazu benutzte Senkgrube unmittelbar hinter der Boma nach dem Markt zu mußte geschlossen werden, weil sie die ganze Umgebung verpestete. Die ansässigen Privatleute leeren ihre Tins teilweise in ihr Gartenland aus, um den Inhalt als Dünger zu verwerten; für ihre farbigen Bediensteten haben sie eigene Latrinen — entweder einfach ausgehobene Löcher oder in die Erde gegrabene Tins — anlegen müssen.

Alle farbigen Einwohner der Stadt besitzen in ihren Häusern eigene Latrinen; es sind dies mit einer Grasverschalung umgebene etwa metertiefe Löcher, deren Wände häufig durch 2 übereinandergestellte Petroleumtins, denen die Boden fehlen, gestützt werden. Ab und zu ist eine Neuaushebung derartiger Aborte notwendig, die im übrigen ihren Zweck vollkommen erfüllen und vom hygienischen Standpunkte alles darstellen, was unter den hiesigen Verhältnissen zu machen ist.

Der auf den Schamben wohnende Eingeborene hat auch immer in der Nähe seiner Hütte eine mit Gras- und Bananenblätterumzäunung versehene Abortgrube. Wie ich mich aber auf häufigen Gängen auf den Schamben überzeugt zu haben glaube, benutzt er sie wenig, denn zahlreich konnte man menschliche Exkremente bald da, bald dort in den Bananenhainen sehen; besonders scheinen Kinder die Schuldigen zu sein. Derartige tiefgewurzelte Gewohnheiten sind eben erst allmählich zu beseitigen.

Bei dem Trägerlager wurde eine Senkgrube angelegt in der Größe 2 : 2 m, mit den mit den nötigen Löchern versehenen Brettern gedeckt und mit einer Grasverblendung umgeben.

Auf den Lagerplätzen wurden vielfach neue Abortgruben, über denen dann meist eine geschlossene Hütte errichtet wurde, angelegt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

7. Boden.

Der Sumpf bei der Station Korogwe, der ein Herd von Malaria und Wurmkrankheit war, wurde vom Bezirksamt mit einem Kostenaufwand von 3 400 Rp. entwässert.

Ein großer Teil des Urwaldes um Amani ist urbar gemacht und große Flächen bis nach Sigi hinunter sind als Versuchsfelder wieder angepflanzt worden.

Sümpfe gibt es nicht. Ein Rieselfeld für Reiskulturzwecke wird künstlich unter Wasser gehalten und nach Bedarf entwässert.

Im übrigen ist die weite Gegend um Amani ein 900—1200 m hohes, von dichtestem Urwald besetztes schroffes Gebirgsland.

In Tanga ist ein großer Sumpf auf dem Tameschen Grundstück in der Nähe der Schule in diesem Jahre zugeschüttet worden, die Arbeiten zur Trockenlegung des Sumpfes in der Vorstadt Ngamiani sind im Gange.

Zur Verbesserung des Eingeborenenviertels in Tanga ist am Schlusse des Jahres ein bedeutungsvolles Werk begonnen worden. Zwei große Sümpfe machten bisher zur Regenzeit einen großen Teil des Eingeborenenviertels unbewohnbar. Jetzt hat sich die Eisenbahnverwaltung bereit erklärt, einen Abfluß unter dem Eisenbahndamm durchzuführen. Auf diese Weise werden die ziemlich bedeutenden Wassermassen jener Sümpfe in die bestehenden Wasserabflußgräben geleitet.

In der Nähe des Dorfes Muhesa ist fast alles Land urbar gemacht. Zwischen Hospital und Bahnstation einerseits und Farbigendorf anderseits geht in der Regenzeit ein kleiner Bach durch, der an einigen Stellen Sümpfe bildet, die in der Trockenzeit austrocknen.

Die vorhandene Dränage kann als genügend bezeichnet werden.

Der Schießstand in Pangani wurde von beiden Seiten mit Alleebäumen bepflanzt, ebenfalls die neue Straße am Meeresstrand.

Die während der Regenzeit angesammelten Wassertümpel in den Straßen wurden mit Sand zugeschüttet, auch wurde die Straße nach Bushirihof geschottert.

Der große Platz vor dem Hause des Arabers Ali bin Nassor wurde neu angelegt und bepflanzt.

Während der Regenzeit stand ein Teil des Palmenwaldes unter Wasser. Es wurden Abflußgräben gezogen, so daß Moskitobrutplätze sich nicht bilden konnten.

Die Ortschaft Bagamojo ist in ihrer näheren und weiteren Umgebung mit Palmpflanzungen bestanden. Der Boden ist fruchtbar und eignet sich zu jeglichen Anpflanzungen. Sümpfe sind in der Trockenzeit wenig, in der Regenzeit dagegen reichlich in der nördlichen Umgebung vorhanden. Die im Bezirk auftretenden Sümpfe entstehen in der Regenzeit durch Übertreten der zahlreich vorhandenen und zum Teil breiten und ständig Wasser führenden Flüsse.

Das Gelände Daressalams steigt sanft gegen Westen an. Eine größere breite Senkung umgibt gürtelartig die innere Stadt; sie beginnt

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

zwischen Pugustraße, Kilometer 1 und Sultanstraße, verläuft durch die Sultanstraße zur Bagamojostraße: Karawanserei, verlängerte Leuestraße und endet in Upanga zwischen den Militär-Schießständen und dem Europäerbegräbnisplatz. Innerhalb dieser Senkung befinden sich größere Vertiefungen.

Das Wasser aus der Sultan-Moschee- und Bagamojostraße fließt bei den Regenzeiten durch einen Graben in die Senkung an der Karawanserei.

Von der Brauerei Schultz führt ein Entwässerungsgraben, in der ersten Hälfte verdeckt, in der zweiten offen, hinter dem Europäerbegräbnisplatz zum Indischen Ozean.

Kleinere Entwässerungsgräben befinden sich auf dem Gelände zwischen Bismarck-, Stuhlmann-, Schele- und Eminstraße. Sie vereinigen sich in einem größeren Graben, der parallel zu dem der Brauerei Schultz verläuft und durch eine Schleuse in den Indischen Ozean mündet. Durch die Schleuse wird das Eindringen von Wasser bei Hochflut verhindert.

Weitere kleine Gräben befinden sich neben der Upangastraße. Nach den Regenzeiten stagniert das Wasser in den Gräben und Senkungen, da das Gefälle des Stadtgebietes zum Ozean zu gering ist.

In der nächsten Umgebung von Daressalam am Simbasi und bei Geresani und Kurasini finden sich weitverzweigte Kricks, in denen zahlreiche Quellen entspringen. Da das Wasser nur wenig Abfluß hat, ist das Gelände hier zum großen Teil versumpft.

Zwei Senkungen zwischen Upanga- und Johannesstraße sollten vom Bezirksamt durch Aufschütten von Erde geebnet werden. Die Sultanplantagengesellschaft hat in der Nähe der Bagamojostraße eine große Grube angelegt, aus der sie Lehm gewann. Mit dem 1. Februar 1912 mußte sie das Ausgraben von Lehm hier einstellen. Die Grube soll durch Müll aufgefüllt werden.

Bei der Erneuerung der Straßen in der Stadt Lindi, die im größeren Maßstabe vorgenommen wurde, richtete man sein Hauptaugenmerk darauf, den Regenmengen durch Anlegung von Durchlässen und Gräben Abfluß zu verschaffen und damit die Malariagefahr zu verringern. Aus derselben Absicht wurden die seit Jahren zur Regenzeit hier eingeführten ständigen Arbeiten einer Kette unter Aufsicht des Sanitätspersonals fortgeführt; auch in diesem Jahre wurden die Wasserlachen aufgesucht, ihnen Abfluß verschafft und stehende mit Petroleum übergossen.

Der Platz, auf dem Neu-Moschi steht, ist trocken, mit Gras und ziemlich dürftigem Busch bedeckt und würde an und für sich den Mücken keine Brutplätze bieten und auch die Tsetsefliege wohl nicht anziehen. Nun befindet sich aber gleich jenseits des Bahndamms beginnend der Rauwald, ein an der tiefsten Stelle der ganzen Gegend liegendes Waldreservat, in dem sehr viele Quellen zutage treten, die an manchen Stellen auch in der Trockenzeit Sümpfe bilden. In der Regenzeit steht dort der größte Teil des Bodens unter Wasser. Das Ganze ist bedeckt mit Hochwald, der als Unterholz und an den Rändern sehr dichten Busch hat. Hier befindet sich von jeher ein Hauptbrutplatz der Mücken und der Tsetsefliegen.

Dazu kommt, daß die Bahn stundenlang durch Tsetsegegenden fährt, ehe sie Neu-Moschi erreicht. Unterwegs fliegen viele Glossinen in den Zug, setzen sich hier hin und werden so nach Neu-Moschi transportiert, wo sie bei der Ent-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ladung der Wagen aufgescheucht werden und davonfliegen. So werden also täglich neue Fliegen in Neu-Moschi freigelassen, die über kurz oder lang zu einer Verseuchung des Platzes führen müssen. Es wird dann mit großen Schwierigkeiten und Kosten verknüpft sein, die nötigen Arbeitstiere zu halten.

Ebenso ist es mit den Mücken. Der Rauwaldsumpf erbrütet alljährlich unzählige. Diese suchen Blut und finden es in dem neu angelegten und ihnen so bequem liegenden Neu-Moschi. Zunächst fliegen sie in die am niedrigsten liegenden Häuser, den Bahnhof und seine Nebengebäude. Von dort verfliegen sie sich aber auch oder werden durch den Wind abgetrieben in die Stadt hinein. Die Menschen sorgen hier dafür, daß sie andere Brutplätze finden, durch Aufstellen von nicht abgedichteten Wassertins, in der Regenzeit außerdem durch Fortwerfen von Flaschen, Konservenbüchsen und ähnlichen Dingen. So beginnt Neu-Moschi schon jetzt sich als ein mit Mücken reich besetzter Platz zu entwickeln.

Wie hier Abhilfe geschaffen werden kann, ist nicht ohne weiteres zu sagen. Den Busch abschlagen kann man nicht gut, dazu ist er zu ausgedehnt und enthält außerdem ein Waldreservat. Das Unterholz allein herauszuschlagen wäre wohl möglich, würde aber enorme Kosten machen. Ob die Sümpfe zu entwässern sind, kann man nicht angeben, dazu gehören genaue Nivellierungsarbeiten. Jedenfalls wird es eine schwierige Aufgabe sein, da in der ganzen Gegend gelegentlich viele Meilen unter Wasser stehen.

In der Stadt Aruscha kommt es in der Regenzeit an einzelnen Stellen zu Wasseransammlungen, die jedoch bei dem sehr durchlässigen Boden meist bald wieder eintrocknen, so daß sie nicht zur Entwicklung von Stechmücken geführt haben. Dabei waren die Regenmengen recht beträchtlich.

Das gleiche läßt sich von dem größten Teil des von Europäern stark besiedelten Gebiets am Meruberg sagen. Eine Ausnahme macht das Gelände am linken Ussaufer, das von den Palästina-Deutschen besiedelt ist. Auf diesem sind während eines großen Teils des Jahres Sumpfbildungen. Dazu kommen noch die durch künstliche Bewässerung mehrfach sich bildenden Wasseransammlungen. Hier haben infolgedessen auch die Ansiedler unter Mückenplage und — da auch Anopheles vorkommen — unter Malaria zu leiden.

Wie schon gelegentlich der Unterkunftsverhältnisse von Morogoro erwähnt, sind neben dem Bezirksamt, den Beamtenwohnungen und dem Askaridorf nur die Missionsstationen und einige wenige Pflanzungen hygienisch zweckmäßig angelegt.

Das Dorf Morogoro liegt im Sumpf. Eine Entwicklung der dortigen europäischen Ansiedlung nach den gesünder gelegenen Uluguruvorbergen hin scheitert an der hygienisch höchst unvorteilhaften Lage des Bahnhofs, um den als Verkehrszentrum sich stets die Ansiedlung gruppieren wird.

Da — soweit bekannt — auch der gelegentlich des Umbaues der Stammstrecke zu errichtende neue Bahnhof nicht an die Berge, sondern noch 200 m nördlicher erbaut werden soll, so ist eine Besserung des bestehenden Zustandes nur dann zu denken, wenn die Eisenbahn, die bisher noch nicht alle vom ersten Bau herrührenden Löcher zugeschüttet hat, vertragsmäßig gezwungen wird, alle von ihr jetzt und früher geschaffenen Moskitobrutstätten zu beseitigen sowie sich den Anordnungen einer amtlichen hygienischen Bauaufsicht bezüglich Regulierung des Morogorobaches, Trockenlegung des Geländes um den neuen Bahnhof, Beseitigung aller von ihr geschaffenen hygienischen Mißstände usw. genau ebenso zu fügen, wie sie dies bei den Anordnungen der amtlichen technischen Bauaufsicht tun muß.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Im Berichtsjahre wurde, soweit es die Mittel erlaubten, eine Trockenlegung und Sanierung des Ortes Morogoro in die Wege geleitet, der große Sumpf westlich der Lambrechtstraße und einige kleinere Sümpfe wurden entwässert und trockengelegt.

Doch kann gründliche Abhilfe nur durch einen großzügigen Sanierungsplan geschaffen werden, der erhebliche Kosten verursachen dürfte.

Neben der Regelung der Wasserversorgung, der Beseitigung der Abfallstoffe ist die Trockenlegung des versumpften Morogorotales ein Erfordernis, ohne welches eine gründliche Besserung der ungünstigen Gesundheitsverhältnisse Morogoros niemals eintreten wird.

Kilossa ist überall von großen Sümpfen umgeben und alle in hygienischer Beziehung zu unternehmenden Besserungsversuche werden stets mit großen Unkosten verbunden, vielleicht sogar vollständig aussichtslos sein.

Der Grund für die ungesunde Lage von Kilossa ist die Versumpfung des Mukondokwaflusses. Gerade in letzter Zeit hat es sich gezeigt, wie notwendig die Regelung des Flusses ist. Das alte Flußbett ist in der letzten Regenzeit vollständig mit Sand verschwemmt und liegt höher als das Dorf. Die Wassermengen suchen sich jetzt überall an weichen Stellen durchzudrängen und überschwemmen das ganze Flachland, stellenweise auf 100—200 m. Das Flachland liegt aber tiefer als das gänzlich versandete Flußbett, und es ist daher selbstverständlich, daß das Wasser nicht wieder zurücklaufen kann. Infolge dieses Umstandes bilden sich überall große Sümpfe, die den Moskitolarven eine willkommene Brutstätte darbieten. Neben diesen natürlichen Sümpfen hat die Eisenbahn noch eine Reihe von künstlichen Sümpfen geliefert, da sie während des Bahnbaues in der Nähe der Strecke große Löcher ausgehoben und sie nur zum Teil oder nur notdürftig wieder zugefahren hat.

Der Iringaweg wurde durch die Überschwemmung in der letzten Regenzeit fortgerissen, trotzdem er erst neu hergerichtet war. Dasselbe gilt auch für den Scheibenstand und mehrere andere im Dorf neu hergerichtete Wege.

Nach der Überschwemmung wurde mit dem Abholzen des früheren Kulturgartens begonnen, der wegen seiner Versumpfung eine dauernde Brutstätte für die Moskitos bildete.

Alle diese Mängel bringen den Einwohnern von Kilossa die Überzeugung, daß eine ausgiebige Abhilfe dringend notwendig ist, wenn Kilossa ein Aufenthaltsort für Europäer bleiben soll.

Bei der hohen Lage Iringas kommen Sümpfe in der Nähe des Ortes nicht vor. Natürlich ist das Ruahatal in der Regenzeit in ausgedehntem Maße überschwemmt und bietet den Mücken reichlich Gelegenheit zur Fortpflanzung. Der Ort selbst aber ist genügend weit entfernt, so daß die Mücken nicht vom Tal auf die Höhe wandern.

Leider weist aber die nächste Umgebung noch einzelne tiefe Gruben und Löcher auf, die in der Regenzeit zu Wasseransammlungen führen.

Es gelang zu Beginn der diesjährigen Regenzeit, eine besonders tiefe Grube durch einen Abflußgraben abzuleiten, so daß sich kein stehendes Wasser mehr bilden konnte. Zwei weitere Gruben in der Nähe des Europäerfriedhofes ließen sich nicht so einfach beseitigen, da das Terrain hier kein Gefälle hat. Durch dorthin geleitete Müllabfuhr und Zuführen von Sand ist bereits eine große Verbesserung herbeigeführt, und es ist zu hoffen, daß zum Beginn der nächsten Regenzeit die Gruben verschwinden.

In dem dort vorhandenen Wasser wurden außer zahlreichen Culexlarven auch vereinzelte Anopheleslarven festgestellt. Dagegen ist es nicht gelungen, in den nahe gelegenen Europäerhäusern Anophelesmücken zu fangen, wohl aber auf der Wache der Boma.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Daß aber im Orte selbst nur vereinzelte Mücken vorkommen, beweist die Tatsache, daß selbst während der diesjährigen lange andauernden Regenzeit nur vereinzelte Fieberanfälle vorkamen, bei denen die Infektion mit Sicherheit im Ort selbst erfolgt war.

Von den europäischen Zivilpersonen, die mit ihren Kindern in unmittelbarer Nähe des Eingeborenenortes wohnen, ist niemand an Malaria erkrankt.

Im Stationsgarten von Mahenge wurde südwestlich von der Feste und etwa 5 Minuten von dieser entfernt durch Abdämmen eines kleinen Geländeeinschnittes ein Stauweiher geschaffen, der den Europäern Gelegenheit zu Schwimmbädern bietet. Um die Entwicklung von Moskitos in dem Weiher zu verhindern, wurden Fische in diesen eingesetzt, ein Verfahren, durch das der gewollte Zweck vollkommen erreicht worden ist.

In Massoko liegen die Boma (Europäerwohnungen) und daß Askari- und Trägerdorf auf einem sich von Osten nach Westen erstreckenden Hügel, der südlich vom Itupi- und nördlich von dem Itembuisiflusse begrenzt wird, und nach den Flußseiten ziemlich steil abfällt. Zur Ableitung des Regenwassers sind vom Bomahof ab ausgemauerte Gräben angelegt, im Askaridorf sowie an den Straßen sind ebenfalls Abflußgräben vorhanden, die teils in den Itupi- und teils in den Itembuisifluß geleitet sind. Das Wasser läuft sehr gut ab, so daß sich Pfützen und Tümpel nicht bilden können.

In Muansa soll demnächst ein großes Stück der Zuckerrohrpflanzung in der nördlichen Muansabucht im Interesse der Malariabekämpfung angekauft und saniert werden. Ferner ist zu dem gleichen Zwecke der Muansabach bis zu seiner Einmündung in den inneren Stadtbereich saniert worden, d. h. die Wasserlöcher sind sämtlich zugeschüttet, die Abfälle und die angesammelten Schlamm- und Erdmassen sind entfernt und durch Abstechen der unregelmäßigen Uferränder ist versucht worden, dem Bach ein normales Gefälle zu geben.

Im Interesse der Schlafkrankheitsbekämpfung ist die südliche und nördliche Muansabucht einer gründlichen Reinigung und Abholzung unterzogen worden.

In Kilimatinde ist die Malaria selbst in der Regenzeit wegen seiner hohen Lage auf dem Rand des ostafrikanischen Grabens nicht heimisch. Bei den hin und wieder vorkommenden Erkrankungen läßt sich die Infektion fast immer auf eine Reise in die Ebene zurückführen. Belästigung von Mücken wird niemals empfunden. In der Trockenzeit wird das Moskitonetz von den Europäern der Station durchweg gar nicht benutzt, ohne daß dadurch schädliche Folgen für die Gesundheit entstehen.

Ameliorationsarbeiten des Bodens, wie Dränage, Kanalisation, Trockenlegung von Sümpfen, sind hier nicht erforderlich.

In Tabora wird der Ausfüllung von Wasserlöchern und Gruben, in denen zeitweise Wasser stehen bleibt, vornehmlich in den inneren Stadtteilen, seitens des Bezirksamts Aufmerksamkeit gewidmet, und dank dieser Maßnahmen werden Moskitobrutstätten vernichtet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine wesentliche Abnahme der Moskitos, von denen Anopheles costalis hier am häufigsten vertreten ist, wird jedoch hierdurch kaum erzielt werden, da sie anderwärts für ihre Eierablage günstige Plätze in genügender Zahl finden werden. Zu solchen Plätzen gehören die Brunnen, die, da sie ungedeckt sind, jederzeit den Mücken zugänglich sind.

Tabora ist ein Ort der Entwicklung und der Bevölkerungszunahme nicht nur von seiten der Europäer, sondern auch der Farbigen. Es entstehen neue Wohnhäuser und Lehmhütten, für deren Bau das Material naturgemäß dem Boden entnommen werden muß. Damit werden Niveauunterschiede geschaffen in Gestalt von Gruben und Senken, in denen während der Regenzeit sich Wasser ansammelt; damit werden auch ständig neue Brutplätze hergestellt. So ist in den letzten Jahren im Westen der Stadt, wo eine rege Bautätigkeit seitens der Eingeborenen sich entwickelt, durch Entnahme von Baumaterial eine Grube entstanden, die einem kleinen See gleicht, und die, da sie an der tiefsten Stelle einer kleinen Senke liegt, auch nicht entwässert werden kann. Dazu kommt, daß der im Bericht vom 11. September 1911 erwähnte Graben sich in der Senke verliert und zur Regenzeit ohnedies einen Brutplatz herstellt. Ich halte es daher für nicht unvorteilhaft, daß gerade nach dieser Stelle die Bautätigkeit der Eingeborenen sich hingelenkt hat, weil sie ihr Baumaterial der schon bestehenden Grube entnehmen und damit die Schaffung neuer Brutplätze umgangen wird.

Die Antwort auf die Frage nach Maßnahmen zur Vermeidung einer Malariainfektion der Europäer kann, wenn nicht außerordentlich hohe Mittel zur Verfügung gestellt werden, nur lauten: Sicherer Moskitoschutz für Wohnungen und ständige Chininprophylaxe.

Die Sanierung des zwischen Dorf Udjidji und Tanganikasee gelegenen sumpfigen Geländes, ehemaligen Seebodens, ist weiter fortgeschritten.

Die Eingeborenen wurden veranlaßt, sumpfige, mit Schilf bestandene Flächen auszuroden und mit Nutzgewächsen, wie Mohogo, Bohnen und Süßkartoffeln, zu bepflanzen. Eine großzügige Sanierung des ganzen Stationsortes war bisher wegen des damit verbundenen erheblichen Kostenaufwandes nicht möglich.

Die in bezug auf Grund und Boden in Bismarckburg zur Ausführung gelangten hygienischen Arbeiten wurden zumeist durch die Forderungen der Schlafkrankheitsbekämpfung diktiert.

Sie bestanden kurz in der Sauberhaltung des Strandes vor Bismarckburg von Gestrüpp und Schilf, sowie der Ufer des Kawabaches. In derselben Weise wurden die übrigen bewohnten Küstendörfer gesichert. Soweit nur immer möglich, wurden die gereinigten Flächen mit Eingeborenenkulturen, namentlich Bataten, bepflanzt. Leider ist der meist sandige oder steinige Boden unmittelbar am See für Kulturen oft sehr wenig geeignet.

Die Austrocknung der ausgedehnten versumpften Flächen zwischen See und Dorf wurde in ihrem südlichen, nach der Station zu gelegenen Ende durch Anschütten etwas weiter gefördert. Zur Assanierung des Eingeborenendorfes gegen Malaria werden diese Arbeiten in absehbarer Zeit kaum wesentlich beitragen. Die versumpften, übrigens zum Reisbau benutzten Stellen, die nichts weiter sind als das namentlich bei steigender See zutage tretende Grundwasser, sind so umfangreich, daß nur Bodenbewegungen und Dränierungsarbeiten großen Stils wirkliche Abhilfe schaffen könnten.

Im Mtarawalde bei Usumbura sind die zahlreichen dort durchfließenden Bäche zum Teil trockengelegt und umgeleitet. Als Grund hierfür kommen die Glossinae palpales in Betracht, denen dadurch ihre Lebensbedingungen genommen werden sollten. Längs einzelner Flußläufe werden im Anschluß an die Sanierungsarbeiten Felder von niedrig wachsenden Eingeborenenkulturen angelegt, um dadurch zu verhindern, daß Schilf und Gras sich wieder breitmachen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

s. anl. Kartenskizze.

Die bereits im vorigen Jahre begonnene Dränierung des Sumpfes an der Nordseite der Station Bukoba wurde energischer fortgesetzt. Zahlreiche etwa fußtiefe und ebenso breite Gräben leiteten das Wasser so schnell ab, daß schon ein großes Stück des dadurch in kurzer Zeit trockengelegten Landes von Eingeborenen besiedelt werden konnte und die Leute bereits Bananenfelder angelegt haben. Auch Mohogo und Kartoffeln sind schon reichlich dort angepflanzt.

Provisorisch wurde ein breiter Weg durch das teilweise entwässerte Gebiet abgesteckt und ausgehauen.

Wohl werden sich die Gebiete des großen Sumpfes durch Dränage leicht entwässern lassen; doch sind auch tiefe Stellen vorhanden, die nur durch Auffüllung mit Erde oder Sand oder durch Regulierung des den Sumpf speisenden Baches zu beseitigen sein werden, und jedenfalls wird es noch jahrelanger Arbeit bedürfen, bis man von einer Sanierung des fraglichen Gebietes reden kann.

8. Klima.

Die Station Wilhelmstal liegt in ungefähr 1450 m Seehöhe und gilt infolge ihrer Höhenlage als malariafrei.

Es waren Niederschläge nach folgender Tabelle zu verzeichnen:

April	218,9 mm,	Oktober	61,9 mm,
Mai	255,3 »	November	230,1 »
Juni	68,9 »	Dezember	76,1 »
Juli	58,1 »	Januar	48,0 »
August	21,6 »	Februar	292,4 »
September	2,0 »	März	415,1 » .

Auch das Klima von Amani sagt den Europäern zu.

Bei einer Höhe von 800 — 1000 m ist die Temperatur durchschnittlich um 5 bis 6° tiefer als an der Küste.

Die Niederschläge sind reichlich, und in der kühlen Jahreszeit neigt der Europäer in der feuchtkalten Luft zu rheumatischen Erkrankungen.

Die andauernde Feuchtigkeit begünstigt auch die Entwicklung von Ankylostomenlarven im Boden, wenn die Wurmträger nicht für Unschädlichmachung ihres Kotes sorgen.

Der Einfluß der Witterung auf den Gesundheitszustand trat in Tanga in diesem Jahre insofern in Erscheinung, als infolge stärkerer Niederschläge in den sonst regenarmen Monaten Januar/Februar die Zahl der Erkrankungen an Malariafieber im letzten Vierteljahr viel größer war als sonst um diese Jahreszeit.

In der Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912 sind in Pangani 705,5 mm Regen gefallen.

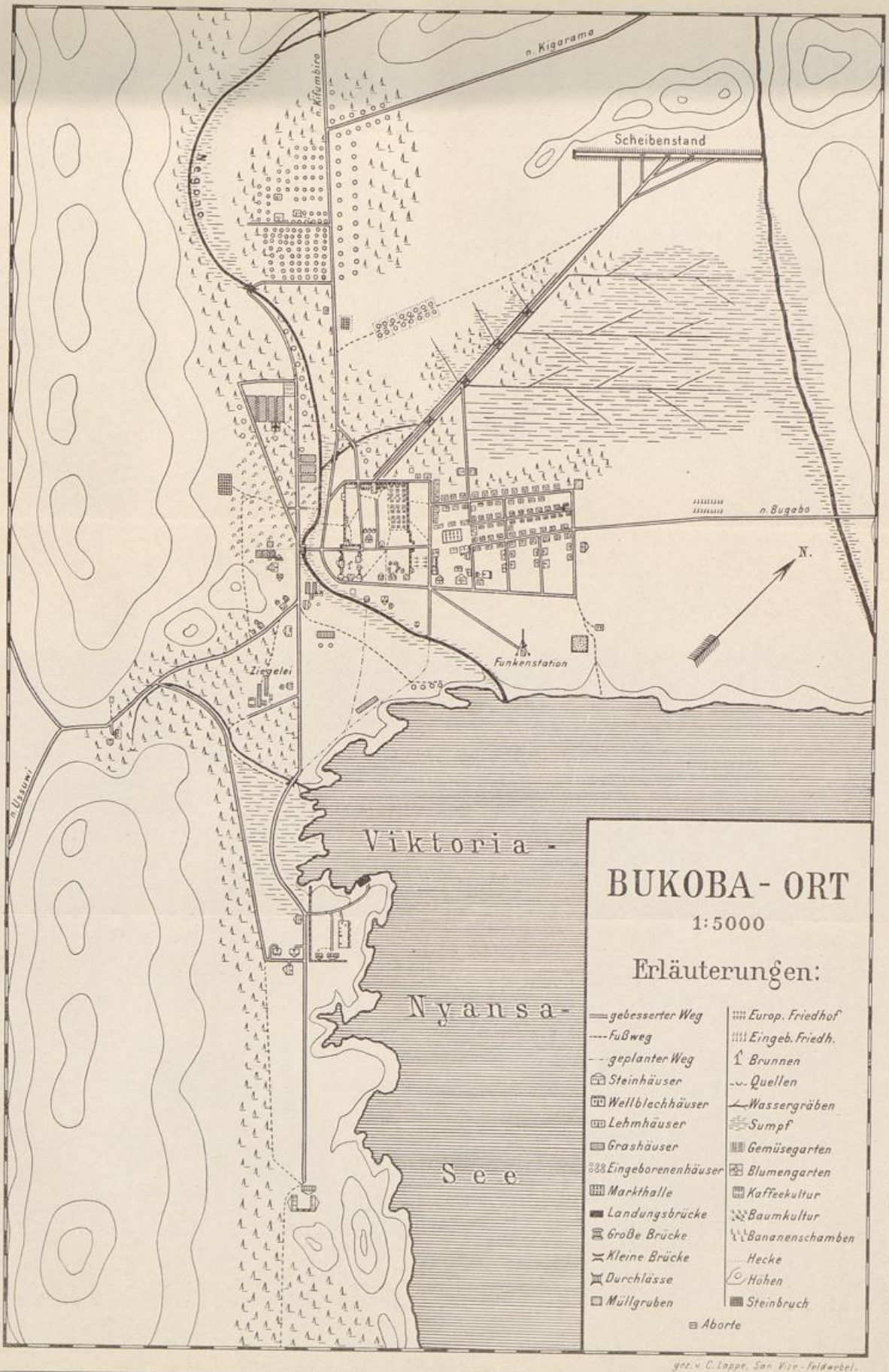
Während und nach der großen Regenzeit, vom April bis zum September, war es nachts ziemlich kühl, so daß unter den Eingeborenen viele Erkältungskrankheiten vorkamen.

Das Klima von Bagamojo hat während der Trockenzeit eine gleichmäßig hohe Temperatur, während es in der Regenzeit einer stärkeren Schwankung unterliegt. Nach der hier etwa März/April einsetzenden großen Regenzeit ist auch eine Vermehrung der Krankheiten aller Art bei den Europäern zu beobachten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

1:3000
Erläuterungen:
gebesserter Weg
Fußweg
geplanter Weg
Steinhäuser
Wellblechhäuser
Lehmhäuser
Grashäuser
Eingeborenenhäuser
Markthalle
Landungsbrücke
Große Brücke
Kleine Brücke
Durchlässe
Müllgruben
Aborte
Europ. Friedhof
Eingeb. Friedh.
Brunnen
Quellen
Wassergräben
Sumpf
Gemüsegarten
Blumengarten
Kaffeekultur
Baumkultur
Bananenschamben
Hecke
Hohen
Steinbruch
n. Kigarama
n. Kifumbiro
Nyansa
See
gez. v. C. Lappe, San. Vize-Feldwebel.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG



Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG

Die jährliche Regenmenge ist im Bezirke Bagamojo nicht allzu groß; sie schwankt zwischen 1000 und 1700 mm jährlich; in diesem Jahre fielen 1155,5 mm Regen in der Stadt Bagamojo.

Die hier herrschenden regelmäßigen Winde setzen im allgemeinen in den Morgenstunden ein, ändern sich schnell, nehmen bis zum Abend ständig an Stärke zu und flauen am Abend wieder ab, so daß sich Nachtwinde verhältnismäßig wenig bemerkbar machen; es bestehen also zwischen Tag- und Nachtwinden große Verschiedenheiten.

Tafel I.

Luftwärme, Dampfdruck, Feuchtigkeit und Regentage von Daressalam.

Geographische Lage		Seehöhe
Südl. Br.	Östl. L. Gr.	
6,49	39,18	8

Klimatische Jahreswerte

Luftwärmegrade			Dampfdruck	Luftfeuchtigkeit	Zahl der
Jahresmittel	Mittel der täglichen Höchstgrade	Mittel der täglichen Tiefstgrade	Jahresmittel mm	Jahresmittel %	Regentage
25,2	28,9	22,0	19,5	81	109

Heißester Monat

	Monatsmittel	Mittel der täglichen Höchstgrade	Mittel der täglichen Tiefstgrade
Januar/Februar ..	37,3	32,0	24,9

Kühlster Monat

	Monatsmittel	Mittel der täglichen Höchstgrade	Mittel der täglichen Tiefstgrade
Juli/August	23,0	27,7	21,9

Tafel II.

Mittlere Regenhöhe im Jahre: 1033 mm.

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
85	53	121	302	195	29	44	29	29	33	74	89

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Klimatafel A.

	Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember
Mittlerer Luftwärmegrad	27,7	27,6	27,1	25,8	24,8	23,5	23,2	23,1	23,7	24,8	26,3	27,3
Mittel der täglichen Höchstgrade	37,8	31,1	31,1	30,3	29,2	28,7	28,0	28,2	28,3	28,9	29,9	30,4
Mittel der täglichen Tiefstgrade	25,2	24,7	23,8	23,0	21,9	19,7	19,4	19,3	19,7	21,1	23,1	24,7
Mittlerer Dampfdruck ... mm	21,8	21,5	21,8	21,1	19,4	17,1	16,8	16,9	17,1	19,1	20,7	21,8
Feuchtigkeit: Monatsmittel	79	79	83	87	84	80	83	81	81	82	82	81
» Mittel 7 Uhr vorm.	84	85	94	93	93	82	93	93	91	90	88	85
» Mittel 2 Uhr nachm.	71	70	73	76	71	62	63	64	68	70	73	73
Bewölkungsgrad: Monatsmittel	5,4	6,2	5,6	6,4	5,9	4,7	5,3	5,0	4,3	4,1	4,2	5,3
» Mittel 7 Uhr vorm.	6,8	7,2	6,2	6,4	5,8	4,7	5,3	5,1	4,7	4,8	5,4	6,3
» Mittel 2 Uhr nachm.	5,4	5,7	5,9	7,9	6,7	5,8	6,3	6,0	4,9	4,2	4,2	4,7
Windstärke: Mittel 7 Uhr vorm.	2,2	1,9	1,3	1,9	2,0	2,2	2,0	1,9	1,6	1,4	1,5	1,9
» Mittel 2 Uhr nachm.	2,7	2,5	2,4	2,5	2,8	3,4	3,6	3,6	4,4	4,2	3,6	2,8
Mittlere Anzahl der Nebeltage	0	1	2	1	2	5	4	4	3	1	0	0
Mittlere Anzahl der Tage mit Tau	2	3	9	3	12	16	21	20	17	13	5	2

Tafel I und II und Tafel A für Daressalam 1910 (zusammengestellt von der Hauptwetterwarte — Dr. G. Castens).

In den Monaten November bis Mai ist das Klima in Daressalam für den Europäer infolge der Hitze und des hohen Dampfdruckes unangenehm. An sein Nervensystem werden hohe Anforderungen gestellt, etwas läßt auch beim Gesunden die Schaffenskraft und Arbeitsfreudigkeit nach; bei Farbigen wird dagegen der Gesundheitszustand nicht beeinflußt. Die Zeit vom Juni bis Oktober empfindet auch der Europäer, da es sich stets nachts abkühlt, als angenehm.

Die häufig unter Europäern und Farbigen vorkommenden Erkrankungen verteilten sich im Berichtsjahr ziemlich gleichmäßig auf das ganze Jahr. Die Stechmückengefahr war jedoch nach den Regenzeiten am größten.

Bei dem Bezirksamt Mohoro erstrecken sich die Regenzeiten auf die Monate vom 15. November bis 31. Dezember und 15. März bis 15. Mai; die Trockenzeiten auf die Monate vom 15. Mai bis 15. November und 1. Januar bis 15. März.

Während in den trockenen Monaten Krankheiten, besonders Malaria, unter Europäern und Eingeborenen seltener sind, häufen sich die Fieberanfälle und Erkältungskrankheiten in den Regenzeiten, bedingt besonders durch die Nähe der Flüsse und Überschwemmungsgebiete. Weiterhin begünstigt der feuchte Boden auch die rasche Verbreitung der Wurmkrankheit in den Ortschaften, wo die Eingeborenen sich noch nicht daran gewöhnt haben, Aborte anzulegen und ihre Fäkalien in Löcher zu verscharren, während in der Trockenzeit die Ausscheidungen und damit die abgesetzten Ankylostomen rasch vertrocknen und so zugrunde gehen. Der Stationsarzt hält es für keinen Zufall, daß gerade sich jetzt am Ende der Regenzeit der Zugang an Wurmkranken derart in der Poliklinik gesteigert hat, daß am Ende des Berichtsjahres an einem Tage oft mehr Zugänge als sonst in einem Monat zu zählen sind.

Die Regen im April und Mai 1911 waren in Kilwa sehr stark.

Große Tümpel in der weiteren Umgebung des Ortes brachten ungeheure Mengen von Mücken hervor. Die gleiche Erscheinung trat nach den erheblichen Regenfällen der kleinen Regenzeit im Dezember 1911 auf. Da auch der März dieses Jahres große Niederschläge brachte, sind große Mückenmengen zu bekämpfen.

Von August, dem niederschlagärmsten Monat des Bezirks ab, verschlechtern sich die Grundwasserverhältnisse allmählich bis zum Dezember. Das findet seinen Ausdruck im Anwachsen der Zugänge von Darmkrankheiten. Hierbei spielt indessen vielleicht auch noch die Zunahme der Schmeißfliegen, die in den heißen Monaten Oktober, November und Dezember sich stark vermehren, eine gewisse Rolle.

Aus Südwest wehende Winde treiben im September große Mengen von Mücken aus der Umgebung in die Stadt hinein.

Die höchste Temperatur erreichte der 5. März 1912 mit 37,0°, während die Temperatur am 14. Juni 1911 auf 16,4° sank.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Niederschläge waren erheblich höher als im Vorjahr; namentlich war der Monat April 1911 sehr regnerisch, und zwar:

1911	
im April	474,3 mm,
» Mai	44,5 »
» Juni	1,4 »
» Juli	28,7 »
» August	8,1 »
» September	kein Regen,
» Oktober	34,9 mm,
» November	118,6 »
» Dezember	63,1 »
1912	
im Januar	153,1 mm,
» Februar	88,7 »
bis März	231,9 »

1 247,3 mm (gegen 849,4 mm im Vorjahre).

Am 27. April 1911 wurden 137,4 mm Regen gemessen.

Die Windrichtung war für das ganze Jahr vorwiegend Südost.

Die Regenverteilung des Jahres 1911/12 zeigte auf der Station Lindi insofern Abweichungen von der Norm, als im Mai 1911 noch erhebliche Regenmengen niedergingen. Auffallend war ferner die große Hitze im März 1912. Wie stets waren die Regenmengen von Einfluß auf die Malariamorbidität der Europäer; auch in diesem Jahre traten die meisten Malariaerkrankungen am Ende und nach der Regenzeit auf.

Regenmengen.

	1911		1911
April	320,7 mm,	November	22,7 mm,
Mai	122,2 »	Dezember	97,0 »
Juni	2,9 »		
Juli	6,4 »		1912
August	2,9 »	Januar	64,7 mm,
September	—	Februar	379,0 »
Oktober	9,3 »	März	104,6 » .

Jahressumme: 1 132,4 mm.

Regentage.

	1911		1911
April	18	November	10
Mai	16	Dezember	9
Juni	3		
Juli	3		1912
August	4	Januar	9
September	—	Februar	17
Oktober	3	März	10

Durchschnittliche Monatstemperaturen.

	1911		1911
April	27,4° C,	November	27,6° C,
Mai	26,3° »	Dezember	28,7° »
Juni	24,0° »		
Juli	23,5° »		1912
August	24,2° »	Januar	28,7° C,
September	25,0° »	Februar	27,7° »
Oktober	26,2° »	März	28,2° ».

Durchschnittliche Jahrestemperatur: 26,5° C.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Berichtsjahr war in Moschi außerordentlich regenreich, eine eigentliche Trockenzeit trat nicht ein. Die Regengüsse waren auch während der sogenannten Trockenzeit so häufig und so reichlich, daß der Busch des Kilimandjaro stets grün blieb, während er in normalen Jahren gelb und trocken zu werden pflegt. Die Folge davon war, daß einerseits die Futterverhältnisse für das Vieh sehr gut, dementsprechend also auch die Milch- und Fleischerträgnisse erhöht, anderseits auch die Erträge der Felder und besonders der Bananenhaine sehr reichlich waren. Im ganzen wirkte dieses Regenjahr günstig auf die Ernährung und damit auf die Gesundheit der Bevölkerung ein. Anderseits waren Erkältungskrankheiten häufig, und eine Keuchhustenepidemie unter den Kindern wurde dadurch begünstigt. Ebenso kamen Malariafälle während des ganzen Jahres reichlich vor, da die Mücken in diesem Jahre besonders gute Fortpflanzungsbedingungen fanden.

Das Klima in dem Siedlungsgebiet am Meruberg, das 1200 bis 1500 m hoch liegt, ist gemäßigt, der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Europäer durchaus zuträglich. Besonders günstig erscheint es für Kinder der Europäer in den ersten Lebensjahren, die fast gar nicht unter Gesundheitsstörungen zu leiden haben und sich durchweg gut entwickeln, wenngleich sich die Beobachtungen nur auf wenige Jahre erstrecken, da die Besiedlung erst 1906 eingesetzt hat.

Auch die Wirkung der Sonnenstrahlen macht sich hier nur wenig bemerkbar trotz der Äquatornähe; der Tropenhut gehört zu den Seltenheiten.

Starke Abkühlungen des Nachts und am frühen Morgen führen des öfteren zu Erkältungskrankheiten.

Das Klima von Mpapua ist für den Europäer angenehm. Am Tage ist es warm, jedoch herrscht keine drückende Hitze. Die Nächte sind kühl mit scharfen Ostwinden.

Unter der Regenzeit leiden die Farbigen sehr. Der starke Regen und der scharfe Wind aus Osten und Norden ist oft Ursache für Erkältungskrankheiten.

Witterungstabelle:

Monat	Durchschnittliche Temperatur		Regen	Regentage
	Maxim.	Min.	mm	
April	25,7	17,6	64,7	19
Mai	25,6	16,1	22,7	10
Juni	24,4	14,4	—	—
Juli	28,0	14,2	—	—
August	25,8	14,7	—	—
September	26,4	13,7	—	—
Oktober	29,6	15,6	2,1	2
November	29,4	16,8	162,1	13
Dezember	31,1	17,3	71,3	20
Januar	28,1	17,3	49,8	16
Februar	24,8	15,8	253,4	25
März	28,1	18,2	155,3	26

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Klima der 1490 m über dem Meeresspiegel gelegenen Station Kondoa-Irangi ist für Europäer durchaus gut zu vertragen. Während der kühlen Jahreszeit — Mai bis August — geht das Thermometer nachts bis 3,4° C herunter, die Maximaltemperaturen während der heißen Zeit betragen im Schatten bis 35,5° C. Aber auch während der heißen Monate ist die Abkühlung in der Nacht derartig, daß ein erquickender Schlaf durchaus möglich ist. Der Feuchtigkeitsgehalt der Luft erreicht im allgemeinen nur während der Monate November und Dezember einen derartigen Grad, daß er von Europäern teilweise lästig empfunden wird. Während der kühlen Zeit weht ständig eine starke von Osten kommende Brise.

Die mittleren Monatstemperaturen gestalten sich folgendermaßen:

April	20,3° C,	Oktober	21,8° C,
Mai	18,5° »	November	22,8° »
Juni	18,5° »	Dezember	22,0° »
Juli	17,9° »	Januar	23,3° »
August	19,4° »	Februar	21,5° »
September	21,3° »	März	?
		(keine Unterlagen).	

Die Niederschläge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April	80,9 mm,	Oktober	—
Mai	18,2 »	November	172,6 mm,
Juni	2,5 »	Dezember	6,7 »
Juli	—	Januar	38,7 »
August	—	Februar	156,0 »
September	—	März	128,0 » .

Einen Einfluß auf die Morbidität hatten die Witterungsverhältnisse insofern, als gegen Ende der Regenzeit und nach derselben in den Monaten April bis Juni ein erhöhter Krankenzugang sich bemerkbar machte.

Anfang Mai begannen in Iringa die scharfen Ost- und Südostwinde zu wehen, und fast gleichzeitig mit denselben setzte die kalte Jahreszeit ein.

Die Winde wehten hauptsächlich in den Morgen- und Abendstunden und besonders während der Nacht ziemlich stark und waren bis Ende Oktober mitunter recht unangenehm kalt.

Mit dem Einsetzen der Regenzeit am 8. bzw. 19. November wechselte die Windrichtung ständig. Während der Trockenzeit wirbelten die obenerwähnten Winde viel Staub auf, wodurch zahlreiche Augenerkrankungen verursacht wurden.

Die Gesamtmenge der Niederschläge betrug im Berichtsjahr 833,3 mm gegen 544,8 mm im vorigen Berichtsjahr. Die Niederschlagsmenge verteilt sich auf 73 Regentage, mit dem stärksten Niederschlag von 104,6 mm an einem Tage.

In der warmen Jahreszeit ist der Tau sehr stark.

Die niedrigste Temperatur war 7,2° C (am 21. November 1911), die höchste 29,3° C (20. November 1911).

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

An Tagen mit niedriger Temperatur hatte man, falls noch scharfe Winde wehten, direkt Kältegefühl. In der warmen Jahreszeit wirkten die herrschenden Winde meistens erfrischend. Die Nächte waren fast immer kühl.

Wie große Verschiedenheiten hinsichtlich des Klimas im Bezirk Iringa herrschen, zeigt am deutlichsten die nur 3 Tagereisen entfernte Berliner Missionsstation Pommern in den Utschungwebergen. Pommern liegt in einer Höhe von fast 1 800 m und ist malariafrei; in den Monaten Mai, Juni und Juli gibt es Reif, sogar Eisbildung bis zu $^1/_2$ cm Stärke ist beobachtet worden. Im übrigen ist die Witterung sehr feucht; im letzten Jahre wurde eine Regenmenge von 2 325,1 mm, verteilt auf 197 Tage, festgestellt. Unter dieser Feuchtigkeit, verbunden mit starken Nebeln, leiden nicht nur die Missionsfamilie, sondern auch die Eingeborenen. Sehr häufig sind die Erkrankungen der Atmungs- und der Verdauungsorgane, namentlich des Darmes, und rheumatische Krankheiten. Unter Schimmel- und Pilzbildung leiden alle Gebrauchsgegenstände, vor allem auch die Nahrungsmittel. Eine Verlegung der Station ist deshalb in Aussicht genommen.

Ähnlich, aber nicht ganz so schlimm scheinen die Verhältnisse in Lupembe zu liegen. Diese Station in den Randbergen der Benahochebene und der Ulangaebene gelegen, hat ebenfalls unter großer Feuchtigkeit und Nebel zu leiden. Namentlich Erkältungskrankheiten und Rheumatismus sind vorherrschend. Im Juni wird in den Tälern Eis beobachtet, im Juli und August wehen heftige Winde.

In Kidugala herrscht Passatklima mit ausgesprochener Trockenzeit von Mai bis Oktober. Die jährliche Regenmenge ist durchschnittlich 800 mm, im letzten Jahr besonders reichlich 1090,5 mm.

Die Temperaturen sind folgende:

Jahresmittel	17,0° C,
Höchste Monatsmittel	26,6° »
Niedrigste »	8,9° »
Absolutes Maximum	30,2° »
» Minimum	5,3° »
Mittlere tägliche Temperaturschwankung	12,1° ».

Im letzten Jahr ist ein ungewöhnlich hoher Prozentsatz an Malariaerkrankungen beobachtet.

Ähnlich ist das Klima in Ilembula und Emmaberg. Überall ist in diesem Jahr reichlich Regen gefallen, womit eine Zunahme von Krankheiten einherging. Die starken Winde der Trockenzeit rufen Erkrankungen der Augenbindehäute und der Atmungsorgane hervor; in der Regenzeit ist Malaria häufig.

Von den katholischen Missionen hat Tosamaganga etwa die gleichen Verhältnisse wie Iringa. Madibira ist wegen seiner tiefen Lage ungleich heißer. In der Regenzeit ist hier Malaria vorherrschend, in der Trockenzeit tritt sie weniger in den Vordergrund.

Das Klima von Mahenge ist kühl und daher für Europäer angenehm und gesund. Mäßig hohe Temperaturen, ständige leichte Brise, wohltuende nächtliche Abkühlung und das Fehlen von Anophelen sind von günstigem Einfluß auf den allgemeinen Gesundheitszustand. In der Regenzeit ist das Klima oft recht rauh und feucht und verursacht mancherlei Erkältungekrankheiten unter dem Teil der farbigen Be-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

völkerung, der aus den warmen Küstenstrichen oder den trockenen Steppenhochländern im Innern stammt.

Die höchste im Jahre 1911/12 gemessene Lufttemperatur betrug 28,9° C, die niedrigste 11,8° C; die mittlere Tagestemperatur bewegte sich zwischen 25,5° C und 16,6° C. Größere Niederschläge begannen im Monat Februar einzusetzen; damit begann die große Regenzeit. Die Trockenzeit hatte von Ende Mai bis Anfang November gedauert, wo dann die kleine Regenzeit einsetzte, die bis Anfang Januar anhielt. Die Gesamtregenmenge im Berichtsjahre betrug 1 526 mm.

Das Klima von Ssongea ist für Europäer sehr erträglich. Die kühle Luft in den Monaten April bis Oktober wirkt sehr erquickend; auch herrschen sehr kühle Winde. Die Regenzeit setzte Ende November ein. Der höchste Niederschlag war im März zu verzeichnen.

Für Eingeborene, die in heißeren Zonen zu Hause sind, ist es manchmal zu kühl, so daß sich sehr viele dieser Leute erkälten (Husten, Bronchialkatarrh). Die Askari machen zur kühlen Jahreszeit von ihren Litewken ausgibigen Gebrauch.

Die Regenzeit setzte sehr früh, Ende November, ein, brachte aber erst im Februar und März größere Niederschläge.

Das Klima in Massoko ist eigenartig, der einzige Trockenmonat ist der Oktober. Vom November an beginnt der Regen, der bis Ende Februar meist als Gewitterregen auftritt, danach beginnt der Dauerregen bis Ende Mai und gleichzeitig Kälte und Nebel.

Vom Juni ab beginnt der Regen nachzulassen, d. h. er wird von einigen schönen klaren Tagen unterbrochen. Ende September hört der Regen plötzlich ganz auf, und es setzt im Gegenteil zu der vom März bis August herrschenden Kälte nunmehr eine gewaltige Hitze ein, die durch den schroffen Gegensatz um so unangenehmer wird. In der Hauptregenzeit macht sich ein stärkerer Zugang von Malariaerkrankungen, in der kalten Zeit Juni, Juli und August von Erkältungskrankheiten bemerkbar. Sonst ist das Klima hier erträglich.

Die Regenmenge in Muansa betrug im Berichtsjahr insgesamt 786,8 mm. Die regenreichsten Monate waren Februar, März, April und November.

In den Monaten April bis Juni wurden infolge der vielfachen Temperaturschwankungen (sehr heiße Tage, oft kalte stürmische Nächte) bei der farbigen Bevölkerung häufig leichtere Erkältungskrankheiten beobachtet.

Nach der Regenzeit (Mai bis Juni) machte sich bei der eingeborenen Bevölkerung eine Steigerung der Malariamorbidität infolge der vielfach außerordentlich günstigen Entwicklungsbedingungen für Moskitos (Zuckerrohrschamben, Tümpel, sumpfige Partien) bemerkbar.

Das Klima in Schirati und im Bezirk ist der hohen Lage wegen als günstig zu bezeichnen. Im Ort Schirati selbst weht ständig ein frischer kühler Seewind. Nebel sind selten.

Infolge der kühlen Temperatur während der Regenzeit traten bei Farbigen viel Erkältungskrankheiten, wie Bronchialkatarrh und Diarrhöen, auf.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Regen fiel im Monat:

1911		1912	
September	0,5 mm,	Januar	75,0 mm,
Oktober	4,3 »	Februar	120,7 »
November	66,9 »	März	34,5 » .
Dezember	6,4 »		

Das hervorstechendste Merkmal des Klimas von Kilimatinde ist der Mangel an stärkeren Niederschlägen. Die Regenzeit beginnt Mitte oder Ende Dezember und dauert bis Ende April mit einer 14 Tage bis 3 Wochen dauernden Pause im Januar. Die Hauptniederschläge erfolgen im April, während in den Monaten Mai bis November überhaupt kein Regen fällt. Zur Bildung stehenden Wassers in Gestalt von Sümpfen und Pfützen kommt es nur im April an einigen Stellen der Ugogosteppe. Malariamücken kommen nur in dieser Zeit vor. Auch Ankylostomiasis ist wegen der Wasserarmut selten, fast nur eingeschleppt. Die Nächte sind selbst in der heißen Zeit, wenigstens am Stationsort Kilimatinde, ziemlich kühl wegen des fast pünktlich abends um 9 Uhr einsetzenden, aus der Ugogosteppe kommenden Südostwindes. Im Juni, Juli und August sinkt die Temperatur in der Nacht manchmal unter 7°.

Des richtigen Überblickes halber über die klimatischen Verhältnisse in Tabora ist es angebracht, den Monat April 1912 der Beobachtungsreihe einzufügen, weil das Ende der Regenzeit in diesen Monat fällt.

Die Landstriche um Tabora scheinen aus einer Periode der Trockenzeit in eine solche größerer Niederschläge übergetreten zu sein. Während die Regenmengen des Jahres 1909/10 in der hier ausgesprochenen Regenzeit vom November bis April 461, 2 mm betrugen, war im gleichen Zeitraum des Jahres 1910/11 die Regenhöhe 920,3 mm, in der diesjährigen Regenperiode sogar 969,4 mm. Die Regenmengen der diesjährigen Regenzeit verteilten sich in folgender Weise auf die einzelnen Monate:

1911	
November	200,7 mm,
Dezember	140,6 »
1912	
Januar	160,2 »
Februar	154,4 »
März	87,6 »
April	225,9 »
	969,4 mm.

Die durchschnittliche Jahressumme der Niederschläge für Tabora beträgt für 10 Beobachtungsjahre berechnet 798 mm.

Das Einsetzen des Südostpassats fällt mit dem Beginn der stärkeren Regen in die zweite Hälfte des Monats November.

Die trockene, die sogenannte kühle Jahreszeit, zeichnete sich wie immer durch erhebliche Differenzen (13 — 15°) zwischen Tages- und Nachttemperaturen aus. Jedoch sind auch in der heißen Zeit die Nachttemperaturen derart niedrig (unter 20, ja sogar unter 18°),

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

daß die Nacht- und besonders die frühen Morgenstunden für den Europäer überaus erfrischend und wohltuend sind.

Klimatisch wie sanitär zerfällt der Bezirk Usumbura in zwei ganz verschiedene Teile: die Tanganikasenke einschließlich des Russisitals und das Urundibergland. Die Tanganikasenke und das Russissital liegen 900—1400 m über dem Meeresspiegel, das Urundihochland 1400—2400 m.

Die Tanganikasenke zeigt ausgesprochen tropischen Charakter; sie ist heiß, feucht und ungesund.

Die Niederschläge waren im vergangenen Jahre besonders groß. Die kleine Regenzeit ging fast ohne Unterbrechung in die große über. Die Gesundheitsverhältnisse sind infolge des tropischen Klimas in der Ebene schlecht. Malaria herrscht das ganze Jahr hindurch, zumal in der Regenzeit. Europäer und Farbige leiden darunter; die ersten müssen das ganze Jahr hindurch prophylaktisch Chinin nehmen und erkrankten trotzdem wiederholt. Rückfallfieber ist ebenfalls endemisch. Im Vordergrund des Interesses steht nach wie vor die Schlafkrankheit. Die durch das tropische Klima bedingte üppige Vegetation gibt die Lebensbedingungen für die Glossina palpalis. Unvergleichlich viel besser sind die klimatischen Verhältnisse in dem nahen Hochlande. Hier ist es kühl, gesund für Europäer und Farbige, frei von Malaria, Rückfallfieber und Schlafkrankheit. Das Land zeigt ausgesprochenen Gebirgscharakter mit weiten Weideflächen. Die Eingeborenen leben in vielen kleinen Siedlungen zerstreut zwischen ihren Feldern. Die Regenzeiten sind hier mehr begrenzt, die Niederschläge nicht so ergiebig. Wasser gibt es genügend, es sammelt sich in den tiefen Tälern das ganze Jahr hindurch.

Das Klima von Udjidji zeigte im Berichtsjahre häufig einen schroffen Wechsel zwischen drückender Schwüle und kalten Winden. Die Regenzeit setzte Ende Oktober ein und dauerte bis zum Schluß des Berichtsjahres noch kräftig an.

Die Niederschlagsmengen betrugen bis Anfang April 1200 mm, um die Hälfte mehr als die Regenmenge im Vorjahre.

An den kalten, windigen Tagen traten unter den Eingeborenen häufiger leichte Bronchialkatarrhe auf.

Das Klima in Bismarckburg ist als gleichmäßig warm zu bezeichnen. Die größte Differenz zwischen Temperatur-Maximum und -Minimum liegt mit 9° im Mai und beträgt in den übrigen Monaten durchschnittlich 5°. Da infolge der Seenlage der Feuchtigkeitsgehalt der Luft sehr hoch ist, so wird dadurch die an und für sich nicht übermäßig hoch scheinende Temperatur namentlich in den Monaten Oktober bis Dezember recht drückend, und würde zuweilen unerträglich sein, wenn nicht die ziemlich regelmäßig wehenden Seewinde Linderung schafften. Die Hauptregenmonate sind Januar und Februar. Da um diese Zeit infolge des vermehrten Zuflusses der See und damit das Grundwasser steigt, bilden sich allenthalben in den Küstendörfern, die größtenteils auf ehemaligem Seeboden liegen, zwischen Dorf und dem als Düne wirkenden Sandstrand ausgedehnte Sumpfflächen, ideale

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Moskitobrutstätten. In diesen und den nächstfolgenden Monaten ist daher auch die Malariamorbidität bei weitem am größten.

Das Klima von Kissenji ist angenehm. Am Tage ist die Temperatur nicht übermäßig hoch, am Abend herrscht angenehme Kühle; nachts war es gelegentlich empfindlich kalt. Infolge der vorherrschenden kühlen Temperatur kamen viele Erkältungskrankheiten in Zugang.

In Ruanda brachte nach einer normalen Regenzeit zu Beginn des Berichtsjahres der Juni noch geringe Niederschläge und leitete die Trockenzeit ein, die im Juli und August ihren Höhepunkt erreichte. September und Oktober brachten ausreichende, November mit 288 mm ungewöhnlich starke Niederschläge, die fast ausnahmslos von Gewittern begleitet waren. Dezember hatte dagegen nur 6 Regentage; ebenso wie im Vorjahre hatte die Regenpause eingesetzt, Januar erreichte nicht ganz die gleiche Regenmenge wie 1911. Februar brachte darauf wieder ungewöhnlich starke, die Hauptregenmonate März (und nach Schluß des Berichtsjahres April und Mai 1912) normale und ausreichende Regen. Auffallend ist, daß der Regenfall fast stets nachmittags oder abends stattfindet, wie auch in früheren Jahren beobachtet wurde.

Die absoluten Niederschlagsmengen in Ruanda sind verhältnismäßig gering und halten sich, mit Ausnahme des Vulkangebietes und des Urwaldgebietes der Randberge, unter oder um 1 000 mm. Gleichwohl ist ihre Wirkung günstiger als in manchen anderen, viel regenreicheren Bezirken. Das liegt daran, daß der Regenfall fast nie platz- oder schlagregenartig, sondern meist sehr leicht, bei großen absoluten Mengen landregenartig niedergeht. Er kann daher den Boden gründlich durchdringen, läuft nicht, wie dies z. B. in Bukoba der Fall ist, schnell und wirkungslos an der Erdoberfläche ab und wirkt nur in geringem Maße zerstörend auf die Humusschicht. An den regenfreien Tagen wird sehr häufig Tau beobachtet; in der Trockenzeit sind starke Nebel nicht selten. In der Umgebung der großen Sümpfe, die besonders im Hochgebirge Nord-Ruandas vielfach die Talsohlen ausfüllen, bildet Nebel in den Morgenstunden die Regel.

Die Verteilung des Regenfalls auf das Jahr ist sehr günstig; ebenso sind die Regenmengen der einzelnen Tage ziemlich gleichmäßig. Die Trockenzeit erstreckt sich in ganz Ruanda auf die Monate Juli und August. Juni und September bringen in normalen Jahren wenig Regen; in dem östlichen Teile von Ruanda, südlich von Mpororo, tritt dies schärfer hervor, so daß dort gegen Ende der Trockenzeit meist Dürre und Wassermangel herrscht. Im Dezember oder Januar tritt eine etwa dreiwöchige Regenpause ein, die aber auch nicht ganz frei von Niederschlägen ist. Oktober, November und März, April, Mai sind die regenreichsten Monate.

Einen wesentlichen Einfluß auf die Niederschlagsverhältnisse übt die Oberflächengestaltung aus. Demgemäß läßt sich eine östliche Zone mit mittleren Regenmengen unterscheiden. Charakteristisch ist für diese Zone das Eintreten von fühlbarem Weidemangel in der Trockenzeit; die Grasnarbe wird dünn und verdorrt. In dieser Zone sind die Steppenlandschaft Bussegera, das Steppengebiet zwischen Kissaka, Mohasisee, Lubogora, Mugaruma, Kakitumbau und dem Kagera sowie der flachere hügelige Teil der Sultansprovinz Nduga besonders trocken. Die Uferlandschaften des Kivusees sind anscheinend nicht viel regenreicher als die Gebiete der östlichen Zone, wie man nach dem immergrünen Landschaftsbilde anzunehmen geneigt ist. Der Einfluß des Sees wirkt dort einer zu starken Austrocknung entgegen, wozu auch die jede Schlucht durchziehenden, ständig Wasser führenden Gebirgsbäche viel beitragen mögen. Am regenreichsten innerhalb der westlichen Zone sind das Kivurandgebirge mit seinen Ausläufern und das Vulkangebiet. Dem entspricht das Auftreten hydrophilen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Regenwaldes und von ausgedehnten Bambusurwäldern. Regenreich ist auch das gesamte Hochgebirge von Nord-Ruanda, das sich im Anschluß an das Randgebirge von Tschingogo in nordöstlicher Richtung über die Vulkanseen von Ruhondo und Bolera bis nach Britisch-Ndorwa hinzieht und nach seinem rauhen, kalten Klima allgemein »Rukiga« genannt wird.

Rukiga und das Randgebirge zeichnen sich, außer durch starke Niederschläge, durch auffallend niedrige Temperaturen aus; selbst bei Tage und heller Sonne wird die Hitze nie unangenehm. Bei Nacht und bei bedecktem oder regnerischem Wetter ist es oft empfindlich kühl. Von verschiedenen Gewährsmännern ist nach kalten Nächten eine leichte Eisschicht auf der Waschschüssel beobachtet worden. Auf der Spitze des Karissimbi (und des jetzt belgischen Mikeno) hält sich ewig Schnee; Neuschnee reicht auf dem Karissimbi manchmal 600 bis 800 m unter den Gipfel herab

Den klimatischen Verhältnissen entsprechend, ist die westliche Zone außerordentlich fruchtbar und reich an fließenden Gewässern. Die Fruchtbarkeit erreicht im Einflußgebiet der Vulkane (Bugeu, Mulera und Buschiro) infolge von Überwiegen oder Beimischung von Lava ihren Höhepunkt. Rukiga kann neben den vorerwähnten Landschaften und Tschingogo als die Kornkammer Ruandas bezeichnet werden. Die Böden der östlichen Zone sind im Vergleich zu denen der westlichen arm zu nennen. Für Kissaka ist wichtig, daß die flach verlaufenden Talsohlen in der Trockenzeit infolge Grundwassers ziemlich feucht bleiben.

Das Klima von Bukoba ist gleichmäßig ohne große Temperaturunterschiede, was wohl der Einfluß des Viktoriasees bewirkt. Die Durchschnittstemperaturen im Berichtsjahr betrugen:

Monat	Maxim.	Min.	Monat	Maxim.	Min.
April.....	24,3	17,7	Oktober	27,2	18,4
Mai	24,2	17,8	November ...	24,6	18,5
Juni	25,1	17,7	Dezember ...	27,3	18,1
Juli	25,3	16,8	Januar	25,7	17,8
August	24,1	17,4	Februar	25,2	18,1
September ..	25,1	17,5	März	25,8	18,2

Daraus resultiert ein Jahresdurchschnitt von 21,5° C, also nicht wesentlich höher als in vielen stark mit Europäern besiedelten subtropischen Gebieten, z. B. Südbrasilien, wo durchschnittlich 20,8—21,0 beobachtet wurden.

Die Niederschläge waren im Berichtsjahr im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Jahren etwas stärker.

Die Gesamtmengen betrugen:

1909/10	1910/11	1911/12
2 293,1 mm	2 183,1 mm	2 455,7 mm

Ein Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung machte sich insofern bemerkbar, als nach Schluß der kleinen Regenzeit, im Februar und März, die Malariafälle sich ganz bedeutend vermehrten; indeß kann das auch damit zusammenhängen, daß infolge der gleichzeitig unternommenen Erdarbeiten in dem unmittelbar nach Norden an das Dorf sich anschließenden Sumpfe ein Ausschwärmen der dort zahlreichen, bisher im niedrigen Busch versteckt gewesenen Mücken stattgefunden hat, das dann zu einer Vermehrung der Infektionsgelegenheiten führen mußte.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

9. Begräbniswesen.

Für die Europäer ist auf der Station Wilhelmstal ein an der neuen Fahrstraße gelegener, mit einer Steinmauer umgebener Begräbnisplatz vorhanden.

Der Begräbnisplatz für Eingeborene liegt auf einer Anhöhe ungefähr 10 Minuten von der Station entfernt.

In Tanga gibt es vier Begräbnisplätze für Europäer. Der älteste auf der Toteninsel wird seit einer Reihe von Jahren nicht mehr benutzt. Die evangelische und die katholische Mission verfügen jede über einen eigenen Kirchhof. Der städtische Friedhof ist in diesem Jahre vollständig eingezäunt sowie mit Wegen und Anpflanzungen versehen worden, so daß die Anlage einen würdigen Eindruck macht. Einen städtischen Begräbnisplatz für die farbigen Einwohner gibt es nicht; die verschiedenen indischen Gemeinden und die Eingeborenen haben ihre besonderen Begräbnisplätze außerhalb der Stadtgrenzen am Panganiweg.

Für die Farbigen in Muhesa sind drei Begräbnisplätze vorhanden; davon dient einer den eingeborenen Negern, einer der indischen Koya- und einer der indischen Bohorasekte.

Der Begräbnisplatz der Europäer Panganis liegt nordwestlich vom Hospital, in der Nähe des Schießstandes. Er ist mit Agaven umzäunt und innen mit Palmen bepflanzt.

Der Begräbnisplatz der Eingeborenen liegt nördlich der Stadt im Palmenwald, ebenso der Friedhof für die Inder.

Etwa 500 m von der Polizeiboma von Bagamojo entfernt ist in südöstlicher Richtung der seit etwa 1888 bestehende Europäerfriedhof gelegen, dessen Grundstück mit 34,50 m Länge, 24 m Breite 828 qm Flächeninhalt erreicht und mit einer lebenden Hecke umgeben ist. Für die Instandhaltung und Reinigung wird von seiten der Bezirksverwaltung Sorge getragen. Sämtliche vorhandenen Grabstätten sind mit einer guten und haltbaren Einfassung versehen und somit gegen ein Verfallen geschützt.

s. Bild 2 Tafel VI.
s. Bild 1 Tafel VI.

Für Eingeborene bestehen außerhalb der Ortschaft Bagamojo etwa 10—15 Friedhöfe; ein jeder Volksstamm bestattet seine Toten auf einem besonderen Platze. Bei Ausbruch einer Seuche (Pest, Pocken) werden die mit ansteckenden Krankheiten verstorbenen Personen bei dem Isolierhause, etwa $1^1/_2$ km von der Ortschaft Bagamojo entfernt, begraben.

Die Missionsstation hat einen eigenen Europäer- und Farbigenfriedhof auf ihrem Grundstück.

Die Friedhöfe für Europäer und Farbige in Daressalam sind im Lageplan eingezeichnet. Banjanen lassen sich am Strand des Ozeans verbrennen, vornehme Eingeborene, besonders Araber, auf ihren Schamben in der Nähe Daressalams begraben. Bei Verstorbenen wird durch das Institut für Seuchenbekämpfung eine Totenschau vorgenommen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Begräbnisplatz der Europäer von Mohoro liegt abseits von der Station. Ebenso gibt es einen Begräbnisplatz für die Farbigen von Mohoro.

Die Gräber der Eingeborenen im übrigen Bezirk werden entweder im Hofe des Hauswesens des Verstorbenen errichtet oder aber auf den Feldern und sind dann kenntlich durch zwei Holzstöcke oder Steine, die am Kopf- und Fußende eingesteckt sind.

Für Europäer ist in früheren Jahren in Kilwa ein Begräbnisplatz mit einer Steinumfriedigung an der zum Matandu führenden Straße angelegt worden.

Der Begräbnisplatz für Farbige befindet sich etwa 1 km abseits der Stadt.

Tote Farbige werden auf einer Negerbettstelle hinausgetragen und in einer Grube beigesetzt, die eine besondere Vorrichtung aufweist. In eine Längswand ist seitlich eine Nische eingearbeitet, in die der Tote, auf der Seite liegend, mit angezogenen Knien und gebeugten Armen hineingelegt wird. Vor der Nische werden nun Strauchwerk und Reisig zu seinem Schutze gegen die in die Grube geschüttete Erde gesteckt. Darauf wird das Grab mit Erde gefüllt und eingeebnet. Ein Stock und ein Stein bezeichnen die Grabstelle.

Das Begräbniswesen in Lindi wurde auf Vorschlag der Sanitätsdienststelle geregelt. Auf einer Anhöhe hinter der Stadt ist der schon mehrere Jahre alte Europäerfriedhof gelegen, daneben der Begräbnisplatz für Askari und christliche Neger. Die mohammedanischen Inder haben seit langem ihren Friedhof außerhalb der Stadt.

Die Neger begruben ihre Toten an verschiedenen Plätzen, teilweise dicht bei ihren Hütten. Für sie wurde nun ein Platz außerhalb am Strande abgesteckt und angeordnet, daß von jetzt ab nur dort die Toten begraben werden dürfen.

Seit der kleinen Pestepidemie im Jahre 1910 ist die obligatorische Anzeige von Todesfällen an das Bezirksamt und gleichzeitig an den Stationsarzt beibehalten worden. Unklare Fälle werden der Leichenschau unterzogen.

In Moschi besteht ein Friedhof für Europäer vor der Boma.

Ein Eingeborenenfriedhof am oberen Rande des östlichen Tals mußte in diesem Jahr vergrößert werden, da er voll belegt war.

Sonst werden die Eingeborenen da begraben, wo sie gerade sterben; ein Teil hat sogar die Unsitte, die Leichen fortzuwerfen. Dies tun z. B. die Massai fast stets, die Wadschagga nur dann, wenn es sich um Leichen von noch Unverheirateten handelt. Sonst haben diese die Unsitte, die Leiche in der Hütte zu begraben, so daß etwa $^1/_2$ m Lehm über ihr liegt. Nach einem Jahr sollen sie die Knochen wieder ausgraben und irgendwelchen nicht näher bekannten Zauber damit treiben, wobei ein größeres Fest gefeiert wird.

In Neu-Moschi waren im Berichtsjahr Friedhöfe noch nicht angelegt.

Für Europäer ist in Aruscha ein Friedhof vorhanden; unmittelbar daran anstoßend befindet sich ein Begräbnisplatz für Askari. Angehörige von in Aruscha wohnhaften Farbigen werden an zwei Plätzen außerhalb der Stadt begraben. Bei Farbigen Aruschas, die nicht von einer Sanitätsperson vor Eintritt des Todes behandelt sind, findet eine Leichenbesichtigung statt, worauf die Erlaubnis zum Begräbnis erteilt wird.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei den am Meruberg ansässigen Waruscha und Wameru bestand früher die Unsitte, die Verstorbenen unbegraben im Busch liegen zu lassen. Seit etwa 4 Jahren ist ihnen von der Verwaltungsstelle aufgegeben, die Leichen zu begraben.

Der Begräbnisplatz der Europäer in Mpapua befindet sich etwa 1 km nordöstlich von Mpapua, am Wege Mpapua-Mamboya.

Für die Eingeborenen des Dorfes Mpapua ist westlich der Boma, etwa 1 km entfernt, ein Begräbnisplatz angewiesen.

Die Wagogo beerdigen ihre Angehörigen in der Nähe ihrer Temben fast immer in Hockstellung. Ist Leichenstarre bereits eingetreten, so werden die Sehnen in der Kniebeuge durchgehauen. Einen Begräbnisplatz haben die Wagogo nicht.

Ein Friedhof für Europäer ist in Kondoa-Irangi nicht vorhanden. Es ist bis jetzt nur ein Europäer (Grieche) bestattet worden.

Für Eingeborene stehen am Stationsorte 2 Friedhöfe zur Verfügung, von denen der eine für farbige Zivilpersonen bestimmt ist. Die Friedhöfe sind durch eine 1 m hohe Hecke abgegrenzt. Gegen ihre Lage bestehen keine hygienischen Bedenken. Bei den unabhängigen Eingeborenen im Bezirk gestaltet sich das Begräbniswesen folgendermaßen: Eine ordnungsmäßige Bestattung der Verstorbenen findet statt bei den Warangi, Wassi, Waburungi und Wafiome. In nächster Nähe der Hütte wird ein $^1/_2$ m tiefes Grab ausgehoben und der Leichnam auf die Seite, mit an den Leib gezogenen Beinen hineingelegt. Bei den Wamagati werden nur angesehene Persönlichkeiten (Häuptlinge) ordnungsgemäß bestattet, im übrigen werden die Verstorbenen ohne irgendwelchen Schutz in den Busch gelegt. Bei den Massai werden die Verstorbenen in eine Rinderhaut eingehüllt und unter einen Baum gelegt, der Leichnam angesehener Persönlichkeiten wird außerdem noch durch darübergelegte Dornenzweige geschützt.

Der Europäerfriedhof von Kilossa liegt ungefähr 200 m nördlich von der Straße Bahnhof-Boma, unterhalb eines Berges, ist aber von den Passanten der Straße wegen des vorstehenden Gebüsches nicht zu sehen.

Der Kirchhof der Askari und Eingeborenen liegt westlich vom Schießstand, ebenfalls unterhalb des Berges.

Der Begräbnisplatz der Inder liegt unweit Kondoa zwischen der Eisenbahn und dem Dorf. Die Leichen der Banjanen werden verbrannt.

Der Begräbnisplatz der Europäer von Iringa liegt am Nordausgang des Ortes, etwa 300 m vom Chefhaus entfernt. Er wurde bald nach Errichtung der Station dort angelegt und ist eingefaßt von einer lebenden Hecke und einem niedrigen Drahtzaun. Der Untergrund ist trocken.

Für die Inder befindet sich am Nordwestausgang des Ortes ein Begräbnisplatz, ferner ist noch je ein besonderer Platz vorhanden für die Eingeborenen und die Askari mit ihren Angehörigen. Der Platz für die Eingeborenen liegt weit außerhalb des Ortes. Der sogenannte Pestkirchhof ist seit Jahren eingegangen.

Am Nordwestausgang der Ortschaft Mahenge befindet sich der Friedhof für Europäer, eine kleine Anlage, die bis jetzt zwei Gräber

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

aufweist. Am Nordausgang des Ortes, dicht an der Straße Mahenge–Ifakara, liegt der Begräbnisplatz für die farbige Bevölkerung; er stellt ein größeres Feld dar, das zwei Abteilungen aufweist. In der einen Abteilung werden die Mohammedaner beerdigt, in der anderen die übrigen Eingeborenen. Die Mission Kwiro hat ihren eigenen Friedhof für die Missionsangehörigen.

Ssongea hat einen Friedhof für Europäer und zwei für Farbige; der für Europäer liegt etwa 500 m in nördlicher Richtung von der Station entfernt, ist 50 qm groß, mit Stacheldraht umgeben und hat 2 Gräber.

Der eine Friedhof für Eingeborene (hier werden nur Askaris, ihre Familienangehörige und Boys beerdigt) liegt in südlicher Richtung in der Nähe des Schießstandes, etwa 600 m von der Boma entfernt, und ist mit Gebüsch umgeben.

Der zweite Friedhof für Eingeborene (Wasuaheli usw.) liegt in westlicher Richtung, etwa 20 Minuten von der Boma entfernt, und ist ebenfalls mit Gebüsch umgeben.

Etwa 1 km nördlich von Neu-Langenburg liegt in der Nähe der nach Rungwe führenden Straße der Friedhof der Europäer; er ist von einer niedrigen lebenden Hecke umgeben. Etwas unterhalb desselben, ebenso eingegrenzt, befindet sich der Begräbnisplatz für Eingeborene.

Der alte Friedhof für Europäer in Muansa lag in der Nähe des Marktes und der großen Geschäftsstraße. Wegen Raummangels wurde der alte Friedhof aufgegeben und ein neuer südöstlich vom Katikirodorf, in der Nähe des Sees, angelegt.

Der Friedhof für Farbige befindet sich an der südlichen Muansabucht der Taborastraße; er ist nach außenhin durch eine Steinmauer abgeschlossen. Er ist in verschiedene Abteilungen geteilt, die für Heiden, Mohammedaner, Banjanen, Inder und Christen bestimmt sind. Für die Banjanen ist eine kleine Verbrennungsanlage errichtet.

Der Europäerfriedhof sowie der der Farbigen in Schirati liegt außerhalb der Station. Der Europäerfriedhof ist mit einer Euphorbienhecke umgeben.

Der jetzt im Gebrauch befindliche Europäerfriedhof von Kilimatinde liegt etwa 500 m südöstlich der Boma, auf dem Bomaberg. Es liegen dort 8 Europäer begraben. Außer diesem Begräbnisplatz ist noch ein jetzt nicht mehr gebrauchter, südwestlich der Boma, etwa in derselben Entfernung vorhanden, auf dem zwei Unteroffiziere begraben liegen.

Für die dem Islam angehörigen Araber, Inder und Eingeborenen ist ein gemeinsamer Begräbnisplatz, etwa 800 m nordöstlich von der Stadt, vorhanden.

Die Wagogo und andere unter ihnen ansässige Stämme haben früher die Leichen ihrer angesehenen Männer an versteckten Stellen im Busch begraben, die Leichen der Armen, Frauen, Kinder und Sklaven einfach in den Busch geworfen und sie ihrem Schicksal überlassen. Jetzt begraben auch sie, wenigstens soweit sie unter dem Einfluß und der Kontrolle der Regierung stehen, ihre Leichen. Gemeinschaftliche Begräbnisplätze haben sie nicht. Jeder begräbt die Leichen seiner Angehörigen in der unmittelbaren Nähe seiner Tembe. Wenn der Boden

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

es erlaubt, machen sie ein etwa 1½ m tiefes Loch, in das sie die Leiche so auf die Seite hineinlegen, daß sie mit dem Gesicht nach der Gegend schaut, wo ihre Heimat liegt. Gestattet die Bodenbeschaffenheit in unmittelbarer Nähe der Tembe ein Begräbnis nicht, so findet die Beerdigung auch wohl ausnahmsweise in größerer Entfernung von der Wohnung statt.

Der Ort Usumbura hat 2 Begräbnisplätze. Der Europäerfriedhof liegt etwa 15 Minuten von der Boma entfernt und ist von hohen Euphorbien umgeben. Auf ihm befinden sich die Grabstätten von 2 Unteroffizieren der Schutztruppe, ferner von einigen Belgiern und Missionaren.

Der Beerdigungsplatz für die Farbigen liegt näher an der Station, nur wenige Minuten entfernt. Er bietet keinerlei Besonderheiten, enthält auf freiem Felde nur die einzelnen Gräber, meist ohne jedes äußere Kennzeichen.

Der Begräbnisplatz für die Europäer von Udjidji befindet sich 500 m nördlich der Station, hat eine Größe von etwa einem Hektar und ist von einer niedrigen Hecke umgeben. Für die Instandhaltung der dort vorhandenen 4 Grabstätten sorgt die hiesige Verwaltung.

Der Begräbnisplatz für die Eingeborenen liegt 2 km außerhalb des Dorfes in nordöstlicher Richtung auf einem sandigen, welligen Gelände. Seine Größe beträgt rund 5 ha.

Ein Friedhof für Europäer ist in Kissenji nicht vorhanden, ebensowenig haben die Eingeborenen einen besonderen Platz für ihre Toten.

Der Europäerfriedhof von Bukoba liegt nahe der Boma, unmittelbar hinter der Küche der Messe II. Er ist umschlossen von einem Schilfgraszaun.

Die Eingeborenen werden auf einem in freiem Felde liegenden Platze beerdigt, der, etwa 700—800 m vom Dorfe entfernt, links der Straße nach Bugabu gelegen ist.

10. Organisation des Sanitätswesens.

Das Sanitätswesen auf den einzelnen Stationen war jeweils auf die Bekämpfung der im betreffenden Bezirk gerade vorherrschenden oder den Bezirken drohenden Seuchen zugeschnitten.

Von allgemeinen Maßnahmen, die auf fast allen Stationen im Verein mit der örtlichen Verwaltungsbehörde durchgeführt wurden, sind hier zu nennen: Besichtigungsgänge in den einzelnen Stationsvierteln (zum Teil unter Bildung von Gesundheitskommissionen) zur Kontrolle der Ordnung und Reinlichkeit in den Häusern und Höfen von Europäern und Farbigen, Abstellung von Mißständen gelegentlich solcher Besichtigungen; Kontrolle des Prostituiertenwesens; Gesundheitsbesichtigungen der Polizeiabteilungen, farbigen Angestellten der Bezirksämter und der Schüler; Belehrungen der Eingeborenen über die Gefahren der Wurmkrankheit und Anordnung der Anlage von Aborten; in den Küstenorten Verbot der Kotablage am Meeresstrande; ferner ausgedehnte Fürsorge für die Kettengefangenen durch Verabreichung abgekochten Trinkwassers und ausreichender Nahrung, sowie Verbesserung der Unterkunft der Gefangenen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von besonderen Maßnahmen auf einzelnen Stationen sei folgendes aufgeführt:

Tanga, Bagamojo, Pangani, Sadani, Daressalam, Kilwa und Lindi: Quarantänemaßnahmen gegen die Einschleppung der Pest aus Zanzibar.

Kilwa: Zur Abwehr der Pest: Anzeigepflicht aller fieberhaften Erkrankungen, Anzeigepflicht aller Todesfälle, Leichenschau. Vorbereitung von Räumen zur Unterbringung von Pestkranken und Pestverdächtigen, gesondert nach Indern und Negern. Untersuchung aller Zollangestellten, aller im Lade- und Löschbetrieb der Firmen beschäftigten Träger, sowie der Dhaubesatzungen.

Lindi: Obligatorische Leichenschau, Regelung des Begräbniswesens, Verbot des Waschens und Badens an öffentlichen Brunnen.

Aruscha, Morogoro, Iringa: Kontrolle durchpassierender Arbeitertransporte.

Ssongea: Untersuchung aller zur Küste abgehenden Träger auf Wurm- und Schlafkrankheit.

Muansa, Schirati, Bukoba: Kontrolle des Personals der Dampffahrzeuge und Dhaus auf Schlafkrankheit, ebenso der durchmarschierenden Arbeitertransporte. Quarantänemaßnahmen wegen der Pest in Kisumu (Port Florence).

Die Organisation des Sanitätswesens am Tanganikasee ist in erster Linie auf die Bekämpfung der Schlafkrankheit zugeschnitten.

Zu diesem Zwecke besteht, wie aus Bismarckburg berichtet wird, zunächst eine Karawanenkontrolle in dem Sinne, daß alle Bismarckburg auf dem Landwege verlassenden Karawanen und einzelne Farbige vorerst der Sanitätsdienststelle zur Untersuchung auf Schlafkrankheit zugeführt werden. Die gesundheitspolizeiliche Überwachung des Seeverkehrs geschieht in ähnlicher Weise. Die Besatzungen von allen dort ankommenden bzw. auslaufenden Fahrzeugen werden durch eigens dafür angestellte Strandwärter angehalten und der Sanitätsdienststelle vorgeführt. Weiterhin wurde auf Vorschlag des Stationsarztes die Arbeiteranwerbung in den Küstenplätzen bis Karema mit Ausnahme des Dorfes Bismarckburg untersagt. Das Anlaufen der unbewohnten nicht gesäuberten Buchten wurde für gefährlich erklärt und dementsprechend jedes Anlaufen, Anbordnehmen oder Anlandsetzen, sowie das Fischen außerhalb der sanierten, in der öffentlichen Bekanntmachung namentlich aufgeführten Plätze verboten.

Auch die sanitären Anordnungen in Udjidji erstreckten sich hauptsächlich auf die Bekämpfung der Schlafkrankheit; beim Seeverkehr wurden alle an- und abreisenden Leute auf Halsdrüsenschwellungen untersucht, beim Landverkehr die abgehenden Karawanen.

Der Stakverkehr auf dem See ist nur in der Nacht gestattet. Die »fliegenden« Fischerniederlassungen sind verboten.

Die sanitären Anordnungen in der Usumbura bestanden in der Sperrung einzelner Wege und Gebiete sowie in der Kontrolle des gesamten Verkehrs zu Wasser und zu Lande im Interesse der Schlaf-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

krankheitsbekämpfung. Freigegeben wurde zunächst wieder die Straße durchs Russissital, nachdem eine hierfür bestimmte Kommission das Tal bereist hatte. Die Sperrung hatte sich während der Regenzeit zu Beginn des Berichtsjahres als notwendig erwiesen, da die Gloss. palp. an den Flußübergängen infolge des schnell wachsenden Grases und hohen Schilfes von neuem aufgetreten war. Weiter mußte der Weg durch den Mtarawald gesperrt werden, denn auch hier trat sie, trotzdem die Straße auf 300 m verbreitert war, wieder von neuem auf. Von derselben Kommission wurde beschlossen, den Weg nochmals zu verbreitern, sämtliche Einwohner aus dem stark infizierten Walde herauszunehmen und den ganzen Wald vorläufig zu sperren. Ihn zu sanieren, wurde eigens ein Sanitätsunteroffizier dort stationiert, dem nebenbei auch die Kontrolle über die Sperrung übertragen war. Gleichzeitig wurde dort eine zweite Behandlungsstelle errichtet. Strengste Kontrolle sämtlicher ein- und ausgehender sowie Usumbura passierender Reisenden auf Schlafkrankheit fand statt. Verschärft wurde die Grenzkontrolle mit dem Kongostaate. Es wurden im Russissital genau die Fähren festgelegt, die für den Verkehr freigegeben sind, alle übrigen wurden gesperrt. Im ganzen sind 12 Fähren geblieben: 8 deutsche und 4 belgische. Weggefallen ist im vorigen Jahre der seinerzeit eingeführte Daumenabdruck auf den Kontrollreisescheinen zwischen hier und dem Kongo, da er sich als zu umständlich und unpraktisch erwiesen hat. An seiner Stelle sollen hier Plomben, die an schwarzweißroter Schnur um das Handgelenk eines jeden Reisenden befestigt werden, eingeführt werden. Ferner sollen sämtliche deutschen wie kongobelgischen Dhaus und sonstigen größeren Fahrzeuge, die auf dem See verkehren, registriert und numeriert werden. Die Nummern werden neben der Chiffre der einzelnen Station deutlich lesbar am Boot angebracht. Jede Station hat ihre Nummernserie, beginnend mit 1. Die Zahlen arabisch, die Buchstaben große lateinische. In Betracht kommen hierfür nur Dhaus und Einbäume von 10 Mann Besatzung und mehr.

Im Berichtsjahre wurden durch den Gouverneur folgende zum Teil schon im vorigen Jahresmedizinalberichte erwähnte Verordnungen bekanntgegeben oder erlassen:

1. Bekanntmachung vom 8. Juni 1911, betreffend »Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 31. März 1911«.
2. »Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee, mit Ausnahme von Deutsch-Südwestafrika, vom 12. Januar 1911« und Ausführungsbestimmungen.
3. »Bekanntmachung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken, vom 27. Juni 1911.«
4. »Verordnung über die Einführung der amtlichen Fleischbeschau im Stadtkreis Kilwa, vom 11. November 1911.«
5. »Verordnung, betreffend den Verkehr mit methylalkoholhaltigen Arzneimitteln, vom 7. Dezember 1911.«
6. »Verordnung, betreffend die Schlachtvieh- und Fleischbeschau im Stadtbezirk Daressalam, vom 16. Januar 1912.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ferner sei noch bemerkt, daß im Berichtsjahre noch folgende Verordnungen vorbereitet wurden, die inzwischen erschienen sind:

1. Verordnung zur Bekämpfung der Stechmückengefahr, vom 1. Juli 1912;
2. Verordnung, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 1. Juli 1912;
3. Unfallschutzverordnung vom 6. Juli 1912.

Vom Oberstabsarzte der Schutztruppe und Medizinalreferenten wurde schließlich noch eine Reihe, den inneren Gesundheits- und Verwaltungsdienst regelnder Verfügungen erlassen, die die Handhabung des Sanitätsdienstes, die Ausbildung des europäischen Sanitätspersonals sowie die der farbigen Krankenträger der Schutz- und Polizeitruppe, die Bekämpfung der Wurmkrankheit und Lepra usw. betrafen.

II. Gesundheitsdienst.

11. Seuchenbekämpfung.

1. Pocken.

Ebenso wie im vorigen Berichtsjahre, so waren auch diesmal wieder eine Reihe vereinzelter Fälle und kleinerer Epidemien von Pocken zu beobachten.

Außerhalb der in den Zahlenrapporten aufgezählten, bei den Sanitätsdienststellen zugegangenen Erkrankungen und Todesfällen an Pocken im Berichtsjahre wurden noch folgende bekannt (die Todesfälle sind eingeklammert):

Tanga	2 (1)	Kondoa-Irangi	18 (1)	Bismarckburg	28 (6)
Pangani	10 (5)	Kilimatinde	7 (3)	Udjidji	21 (6)
Mohoro	6	Iringa	9 (3)	Usumbura	1
Ssongea	22 (3)	Mahenge	17 (4)	Bukoba	11 (3).

Neben diesen kleineren Epidemien traten die Pocken in verheerendem Umfange nirgends auf.

Das Impfgeschäft erlitt nirgends eine ernstliche Störung; der Widerstand der Bevölkerung gegenüber einer systematischen Durchimpfung beginnt immer mehr zu schwinden und verhindert nur in bisher noch wenig erschlossenen Gebieten die umfangreichere Vornahme der Durchimpfung.

So ist es denn auch im Berichtsjahre trotz des Mangels an Sanitätspersonal wieder gelungen, eine erhebliche Anzahl von Impfungen mit selbstgewonnener hochvirulenter Lymphe durchzuführen. Den Umfang, den das Impfgeschäft in den letzten Jahren angenommen hat, zeigen folgende Zahlen:

Es wurden geimpft:

1909/10	892 162	Personen,
1910/11	861 116	»
1911/12	632 591	» .

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In den Berichtsjahren 1903/04 bis einschließlich 1908/09 wurden geimpft 311 991 Personen, das sind von den $7^3/_4$ Millionen Einwohnern des Schutzgebietes 4%; in den drei letzten Berichtsjahren wurden geimpft insgesamt 2 385 869 Personen, das sind 32% der Einwohner Deutsch-Ostafrikas.

In Anlage 5 ist die Nachweisung über die ausgeführten Impfungen beigefügt.

Irgendwie erwähnenswerte Vorkommnisse sind den Berichten der einzelnen Sanitätsdienststellen über Pocken nicht zu entnehmen, ein Umstand, der am besten die fortschreitende Bekämpfung der Seuche und den glatten Verlauf des Impfgeschäftes dartut.

Selbstgewinnung von Lymphe.

Die Selbstgewinnung von hochvirulenter Lymphe wurde auf fast allen Stationen des Schutzgebietes wie in früheren Jahren weiter betrieben.

Es gibt nur wenige Stationen, die aus Mangel an Impftieren die Gewinnung von Lymphe nicht bewerkstelligen konnten. In besonderem Umfange wurde die Lymphebereitung im Laboratorium zu Daressalam vorgenommen, wo auch die Gewinnung einer trockenen, viele Monate ihre Virulenz bewahrenden Lymphe gelang (Bericht des Laboratorium in Kapitel 13).

So ist es denn schon zu Beginn des Berichtsjahres möglich gewesen, sich von den Lymphelieferungen aus der Heimat gänzlich unabhängig zu machen und auch noch, wie schon in früheren Jahren, Lymphe an die englische Regierung in Zanzibar abzugeben.

Die Berichte über die Selbstgewinnung der Lymphe enthalten keine bemerkenswerten Einzelheiten, so daß sich ein Eingehen auf sie erübrigt.

Die Anlage 6 enthält eine Nachweisung der Impftiere und der Selbstgewinnung der Lymphe.

Die Konservierung der selbstgewonnenen Lymphe.

Die Konservierung der im Schutzgebiete gewonnenen Lymphe stößt noch auf Schwierigkeiten. Ihre Haltbarkeit ist nur begrenzt; ihre volle Virulenz erhält sich im Durchschnitt höchstens 4—6 Wochen, um dann unverhältnismäßig schnell abzunehmen.

Der Versand und Transport der Glyzerinlymphe erfolgt meist in durchlöcherten Blechgefäßen, in denen zwischen feuchter Watte die Lympheröhrchen ruhen. Auch die Aufbewahrung zwischen feuchtem Sägemehl in durchlöcherten Blechgefäßen oder in den dicken, stets feuchten Markstengeln der Bananenstauden hat sich als praktisch erwiesen.

Aber nicht nur die Verpackung der einzelnen Lympheröhrchen, sondern ihr Verschluß trägt viel zur Erhaltung der Virulenz bei. Der bisher meist übliche Verschluß bestand in einem Korken, der durch Paraffin, Stearin, Kollodium oder Siegellack noch abgedichtet wurde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine Sanitätsdienststelle glaubte nun die Haltbarkeit der Lymphe dadurch wesentlich erhöht zu haben, daß über den aufgesetzten Korken ein Leinwandstück übergebunden wurde; dieser Verschluß wurde dann durch Auftropfen von Wachs völlig abgedichtet.

Das Medizinalreferat forderte daraufhin sämtliche Sanitätsdienststellen auf, die Brauchbarkeit dieser Verschlußart einer Nachprüfung zu unterziehen.

Das Ergebnis der daraufhin angestellten Versuche zeigte keinen nennenswerten Unterschied gegenüber den bisherigen Verfahren.

Von den mitgeteilten Zahlen sind zu nennen:

in Mahenge nach 3 Monaten 80—90 % Erfolge, in Kilwa nach 1 Monat 100 % Erfolge, in Kilwa nach 3 Monaten 30 % Erfolge, in Muansa nach 1 Monat 100 % Erfolge, in Muansa nach 2 Monaten 75 % Erfolge, in Muansa nach 3 Monaten 37,5 % Erfolge, in Kilimatinde nach 2 1/2 Monaten 25 % Erfolge, in Kondoa-Irangi nach 2 1/2 Monaten 65 % Erfolge, in Tabora nach 2 Monaten 85 % Erfolge gegenüber 75 % Erfolgen nach Konservierung mit anderer Methode.

Einzelne Dienststellen machen noch ganz besonders aufmerksam, daß bei Abdichtung der Korken mit Stearin oder Wachs und gleichzeitiger feuchter Aufbewahrung (Einwickeln in feuchte Watte) das Stearin oder Wachs sich vom Glasröhrchen abhebt und ein Pilzrasen schließlich in das Röhrchen hineinwuchert.

Es dürfte sich nach den Ergebnissen der Rundfrage empfehlen, die Lymphe in kleine, 1—2 ccm haltende Röhrchen ohne Bildung einer Luftblase zu füllen, den aufgesetzten Korken mit Leinwand zu überbinden und den Verschlußteil der Röhrchen in flüssigen Siegellack, Wachs oder Stearin zu tauchen. Die zwischen trockener Gaze oder Watte verpackten Röhrchen werden dann in eine Blechdose oder in einen Holzblock verpackt, und dieser wird durch Umwicklung von feuchten Tüchern im Luftzuge stets kühl gehalten. Außerdem dürfte es sich empfehlen, einmal angebrochene Röhrchen auf späteren Impfterminen nicht mehr zu verwenden, da die Virulenz der Lymphe in solchen angebrochenen Röhrchen, wie verschiedentlich berichtet wird, sehr schnell sinkt und die Lymphe unbrauchbar wird.

2. Pest.

Anlage 17.

Nachdem im Juni 1911 die Pestbekämpfung in Muansa — über den Verlauf der Menschen- und Rattenpest ist ausführlich im vorigen Jahresberichte berichtet worden — ihr Ende erreicht hatte, blieb das Schutzgebiet nur kurze Zeit von dieser Seuche verschont. Im September 1911 verstarb in Daressalam ein aus Zanzibar kurz zuvor zugereister Neger an Pest. Dank der sofort getroffenen Maßnahmen blieb die Seuche auf diesen einen Fall beschränkt, auch eine Infektion von Ratten fand nicht statt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Daß die Infektion dieses Mannes sicher in Zanzibar stattgefunden hatte, beweist der Umstand, daß im September sich dort eine Reihe von Todesfällen an Pest ereignete. Wie schon früher ausgeführt, unterliegt es kaum einem Zweifel, daß in Zanzibar immer noch endemische Rattenpest herrscht.

Ein erneuter Pestfall ereignete sich am 16. November 1911, wieder in Daressalam. Es handelte sich um einen Neger, der aus Sadani, wo er sich vier Monate aufgehalten, über Bagamojo nach Daressalam gekommen war. Schon am 19. November traf aus Bagamojo die Nachricht ein, daß sich dort ein pestverdächtiger Fall ereignet habe. Zur Feststellung der pestverdächtigen Seuche wurde sofort Oberarzt Dr. Manteufel nach Bagamojo entsandt, der binnen wenigen Tagen Rattenpest an zwei räumlich weit getrennt liegenden Stellen der Ortschaft Bagamojo feststellte.

Gleichzeitig traf aus Tanga die Nachricht ein, daß an Bord des Küstendampfers der Deutsch-Ostafrika-Linie »Sultan« ein Rattensterben beobachtet sei. »Sultan« sowohl als auch der Dampfleichter »Martha«, der in Tanga Fracht aus »Sultan« übernommen hatte, gingen sofort nach Daressalam, um einer Ausgasung mit dem Clayton-Apparat unterzogen zu werden. Während der ganzen vorhergehenden Fahrt des »Sultan«, der die meisten Küstenorte Deutsch-Ostafrikas besucht hatte, waren im ganzen über 200 tote Ratten gefunden worden. Die bakteriologische Untersuchung der Ratten ergab mit Sicherheit Rattenpest. In der Folge wurde noch ein weiterer Dampfleichter der Deutsch-Ostafrika-Linie, »Kadett«, einer Ausgasung in Daressalam unterzogen. Den Küstenstationen, die der Dampfer »Sultan« berührt hatte, wurde besondere Aufmerksamkeit auf Rattensterben eingeschärft; es kam glücklicherweise zu keinem Ausbruche der Pest.

In der Zwischenzeit leitete Oberarzt Dr. Manteufel in Bagamojo die Pestbekämpfung. Über ihren Verlauf liegt von ihm folgender Bericht vor:

»Am 16. November 1911 verstarb in Daressalam nach zweitägiger Krankheit der Eingeborene Msombe an Bubonenpest. Er war am 13. November auf dem Landwege von Bagamojo zugewandert, wo er vom 3. bis 11. November gearbeitet hatte. Ich reiste am 23. November nach Bagamojo, um dort Untersuchungen über die mutmaßliche Art der Infektion und das Vorkommen von Rattenpest vorzunehmen.

1. Menschenpest.

a) Über den Aufenthalt und die Arbeitsstelle des obenerwähnten ersten Pestkranken ließ sich an Ort und Stelle nichts mehr ermitteln.

b) Am 19. November war im Eingeborenenhospital Bagamojo das Eingeborenenweib Mlamento innerhalb 2 Tagen an einer fieberhaften Erkrankung verstorben, in deren Verlauf dem Sanitätsvizefeldwebel Ziegelmeier Schwellungen in der Halsdrüsengegend aufgefallen waren. Die Leiche wurde als pestverdächtig unter Vorsichtsmaßregeln beerdigt. Eine bakteriologische Untersuchung konnte in diesem Falle nicht vorgenommen werden, und ich selbst glaubte auf die Ausgrabung der Leiche verzichten zu können, da es mir nur wesentlich auf die Feststellung ankam, ob in Bagamojo pestkranke Ratten vorhanden waren. Die große Wahrscheinlichkeit, daß es sich in diesem Falle wohl ebenfalls um Pest gehandelt hat, ergab sich bald daraus, daß von 6 Meerschweinchen, die zu verschiedenen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zeiten in dem Haus als Flohfallen ausgesetzt wurden, wo das Weib gewohnt hatte, 2 an Bubonenpest eingingen.

c) Ein dritter Todesfall kam am 21. Dezember an Bubonenpest vor, bei dem durch Punktion der Leistenbubonen mit Hilfe des Meerschweinchenversuchs und der Reinkultur der sichere Nachweis der Pest erbracht wurde. Es handelte sich ebenfalls um einen Eingeborenen, der in einem Kramladen bei einem Mschihiriaraber beschäftigt war. Die in dem betreffenden Hause gefangenen Ratten waren nicht infiziert, und vier ausgesetzte Meerschweinchen blieben gesund. Indeß wurde in einer dicht daneben gelegenen Hütte eine pestkranke Ratte gefangen.

d) Der vierte Fall betraf einen Eingeborenen, der als Wagenführer bei der Müllabfuhr arbeitete. Hier traten zuerst Bubonen im Verlauf der Oberarmmuskulatur links auf, ohne daß die zugehörigen Achseldrüsen sich nachweisen ließen, und im weiteren Verlauf wurde eine Lungenentzündung mit blutigem Auswurf beobachtet, an der der Kranke nach im ganzen viertägiger Krankheit verstarb. Im Auswurf und im Eiter des primären Bubo wurden Pestbazillen nachgewiesen. Im Hause des betreffenden Mannes wurden Ratten niemals gefangen, und die Annahme ist wohl naheliegend, daß sich der Mann bei der Ausübung seiner Arbeit die Infektion zugezogen hat.

2. Rattenpest.

Am 24. November erhielt ich die Nachricht, daß der Küstendampfer »Sultan« der D.-O.-A.-Linie mit Rattenpest an Bord in Daressalam angekommen sei. Es wurde deshalb besondere Aufmerksamkeit darauf verwandt, im Zollgebäude und im Grundstück der Usagara sowie auf der Dhau dieses Handelshauses, die bei der Löschung der Dampfer die Waren an Land bringt, Ratten zu fangen. Pestkranke Ratten wurden dabei nicht ermittelt. Von einem auffälligen Rattensterben ist in Bagamojo niemals etwas bekanntgeworden. Durch einen Zufall gelangte ich bereits am 25. November in den Besitz von zwei pestkranken Ratten. Sie waren in einem Hause eines Eingeborenen erschlagen worden, wo der unter 1 d aufgeführte Mann bei der Müllabfuhr beschäftigt war. In dem gleichen Hause wurde am 28. November noch eine dritte pestkranke Ratte tot aufgefunden.

Im ganzen sind in der Zeit meines Hierseins von 1 173 untersuchten Ratten 13 infizierte ermittelt worden, d. h. 0,7 %. Beachtenswert erscheint mir dabei, daß sämtliche infizierten Ratten aus dem vollständig bebauten Straßenzuge der Ortschaft stammten, während in den peripheren Hütten, die sich in die umliegenden Felder hinaus erstrecken, trotz eines um ein Vielfaches größeren Rattenreichtums niemals infizierte Ratten zur Untersuchung kamen. Man kann also wohl annehmen, daß die Rattenpest auf den Bereich der Ortschaft beschränkt ist. In dieser selbst ist sie örtlich ziemlich weit verbreitet, allerdings nur in vereinzelten Exemplaren, so daß sich von einem Ausgangspunkt der Epizootie (Rattenseuche) nicht mehr reden läßt. Außer in dem Hause des ersterwähnten Arbeiters der Müllabfuhr habe ich nur bei einem Inder einmal vier infizierte Ratten zusammen in einem Hause gefunden, aber auch hier war der größere Teil der Ratten (acht) nicht infiziert. So groß auch die Wahrscheinlichkeit nach aller Erfahrung ist, daß die Rattenseuche im Hause eines Inders oder Arabers ihren Anfang gehabt hat, einwandfreie Beweise habe ich nicht beibringen können. Auch über den Zeitpunkt der Entstehung und etwaigen Einschleppung läßt sich in Anbetracht der geringen Tendenz zur Ausbreitung, die nach den Erfahrungen in Indien die Pest in der heißen Jahreszeit zeigt, nichts aussagen. Ein Zusammenhang mit der Rattenpest des Dampfers »Sultan« ist zwar möglich, aber in Anbetracht der vielen anderen Infektionsmöglichkeiten, denen die Küstenplätze und Küstenfahrzeuge ausgesetzt sind, als nicht gewiß zu bezeichnen.

3. Die bisher ergriffenen Maßnahmen.

Die Möglichkeiten der Verschleppung pestkranker Ratten auf dem Seewege sind in Bagamojo zahlreich, da die prozentual sehr stark vertretene Inderbevölkerung — unter etwa 6 000 Einwohnern etwa 600 Asiaten — einen lebhaften Personen- und Warenverkehr mittels Dampfer und Dhau mit Zanzibar unterhält. Ausgehend von der in Indien gemachten Erfahrung, daß die Verschleppung der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Pest auf dem Seewege hauptsächlich durch Ratten und deren Ungeziefer erfolgt, während der kranke Mensch an sich dabei keine wesentliche Rolle spielt, zielten die in dieser Richtung in die Wege geleiteten Maßnahmen darauf ab, einmal die Verschleppung von Ratten oder deren Ungeziefer nach außerhalb zu verhüten, und zweitens die Möglichkeit einer Neueinschleppung, mit der man von Zanzibar aus immer zu rechnen hat, soweit es angängig, zu verringern. Auf Grund der Vorschriften über die gesundheitliche Überwachung der Seeschiffe in den Häfen des Deutsch-Ostafrikanischen Schutzgebietes vom 30. Dezember 1910 und auf Grund der Seuchenverordnung für Deutsch-Ostafrika vom 15. August 1910 wurde unter dem 30. November 1911 vom Bezirksamt Bagamojo eine Verfügung in Kraft gesetzt, die inzwischen die Genehmigung des Kaiserlichen Gouvernements gefunden hat, und die das Trockenhalten der Dhaus und die Untersuchung der aus Zanzibar kommenden Passagiere regelte. Was die Überwachung der Seeschiffe anlangt, so wird bei der Ausführung dieser Verordnung die Hauptaufmerksamkeit auf den Wasser- und Gepäckverkehr gerichtet, immer mit dem Bestreben, Handel und Verkehr nicht mehr zu belästigen, als notwendig ist. Bezüglich des Gepäckverkehrs z. B. halte ich es für ausreichend, das Aus- und Einführen von wertlosen Lumpen zu verhindern und »verdächtige« Gepäckstücke der Farbigen mit Naphtalin zu behandeln.

Die Maßnahmen zur Verminderung der Rattenplage wurden erheblich verstärkt, indem außer dem seit Jahren ständig tätigen Rattenfänger drei weitere Farbige in Dienst genommen wurden, die zusammen täglich 60 Fallen aufstellen und in sämtlichen Häusern und Höfen in regelmäßigem Turnus Rattengift (Phosphorlatwerge) auslegen. Dabei werden auch die Bagamojo anlaufenden Dhaus berücksichtigt, indem auf jeder Dhau, die die Kontrolle des Hauptzollamts passiert, nach der Entladung Arsenik als Rattengift ausgelegt wird. Darüber führt das Hauptzollamt eine laufende Kontrolle.

Der Erfolg des Fallenstellens ist im ganzen als nicht sehr befriedigend zu bezeichnen, wozu das dauernde Regenwetter beigetragen haben mag. Es ist eine alte auch in Daressalam gemachte Erfahrung, daß in den Regenzeiten wenig Ratten in die Fallen gehen. Der Erfolg des Giftlegens läßt sich in der Praxis gar nicht kontrollieren, da die Phosphorlatwerge erst nach 4 bis 5 Stunden wirkt und den Ratten Zeit läßt, sich in ihre Schlupfwinkel zurückzuziehen.

Besser war das Ergebnis einer Methode der Rattenvernichtung, die sich mir auch in Lindi und Muansa bei der Pestbekämpfung gut bewährt hatte. Es wurden am 1. Dezember 40 Arbeiter angestellt, die in Gruppen zu 8 Mann unter der Aufsicht von 5 Askari und einer Charge der Polizeiabteilung planmäßig sämtliche Häuser der Ortschaft absuchten und die Ratten in den Dächern, hinter dem Hausrat und in den Löchern in den Wänden aufscheuchen und totschlagen. Den beaufsichtigenden Askaris ist für jede von ihrer Kolonne gefangene Ratte eine Prämie ausgesetzt. Auf diese Weise sind sechsmal soviel Ratten als durch Fallenfang zur Strecke gebracht worden. Besonders hervorzuheben ist, daß ich weder in Lindi noch in Muansa jemals eine pestkranke Ratte in Fallen gefangen, sondern alle auf die eben beschriebene Weise in Besitz bekommen habe.

Die Gefahr der epizootischen Ausbreitung der Rattenpest und der Übertragung auf die menschliche Bevölkerung ist nach der Erfahrung der englischen Ärzte in Indien in der gegenwärtigen heißen Zeit viel geringer als in der kühlen Zeit. Deshalb ist die Hoffnung vorhanden, daß man mit der Durchführung der erörterten Maßnahmen bis zum Einsetzen der Regenzeit zu einem Erfolge kommen wird.«

Ende Januar 1912 kehrte Oberarzt Dr. Manteufel nach Erledigung seiner Aufgabe wieder nach Daressalam zurück.

Inzwischen war Mitte Januar 1912 aus Muansa die Nachricht eingegangen, daß in der Landschaft Guta am Speke-Golfe des Viktoria-Nyansa (Bezirk Muansa) ein auffälliges Rattensterben eingesetzt habe, und daß auch ein Eingeborener unter pestverdächtigen Erscheinungen nach auffällig kurzer Krankheit verstorben sei. Oberarzt Dr. Petzold

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

aus Muansa stellte zwar unter 6038 gefangenen Ratten 38 pestverdächtige (bipolare Stäbchen in den Milzausstrichen) fest, doch gelang keiner der Tierversuche, die mit Klippschliefern und jungen Ratten vorgenommen wurden. Die Bekämpfung des Rattensterbens bestand in intensiver Rattenvertilgung. Zur Feststellung der Art des Rattensterbens begab sich Oberarzt Dr. Petzold im März 1912 nochmals nach Guta. Der Prozentsatz der mit vergrößerten submaxillaren Drüsen behafteten Ratten war diesmal auffällig hoch, es fanden sich 232 unter 5146 gefangenen Ratten = 4,5 %. Die Übertragungsversuche wurden auch diesmal wieder mit jungen Ratten und Klippschliefern vorgenommen und führten zu einem positiven Resultate. Durch diese positiven Ergebnisse ist erwiesen, daß es sich bei der Rattenseuche in Guta um Rattenpest gehandelt hat. Auf Grund dieser Feststellung ist, wie Petzold schreibt, der obenerwähnte Tod eines Eingeborenen als Bubonenpest anzusprechen. Die zahlreichen Drüsenbefunde (Submaxillarbubonen) unter der Rattenbevölkerung in Guta deuten nach ihm darauf hin, daß die akute Seuche als erloschen zu betrachten ist, und daß sich daselbst eine starke Immunität herausgebildet hat. Der in einer kranken Ratte gefundene Peststamm zeigte geringe Virulenz, die durch drei Rattenpassagen zur letalen Wirkung gesteigert werden konnnte.

Durch Stabsarzt Dr. Geisler aus Neu-Langenburg wurde im Laufe des Berichtsjahres wiederholt über eine auffällige Seuche unter Menschen und Ratten, deren Beginn im Anfange des Jahres 1911 liegt, berichtet. Der Ort dieser Seuche waren einige Dörfer am Rikwasee (Bezirk Neu-Langenburg), die deshalb von den Eingeborenen verlegt wurden. Die Seuche wurde zwar als pestverdächtig bezeichnet, doch waren genaue Untersuchungen nicht möglich, so daß es dahingestellt bleiben muß, ob es sich wirklich um Pest gehandelt hat.

Ähnlich liegt der Fall einer Seuche in der Nähe der Missionsstation Ilumbula im Bezirke Iringa. Den Bewohnern eines Dorfkomplexes fiel hier zunächst ein großes Rattensterben auf, dem 19 Todesfälle unter den Menschen folgten. Zwei erkrankte Knaben wurden, da sie Drüsenschwellungen hatten, durch den herbeigeeilten Missionsarzt Dr. Oehme aus Kidugala punktiert und mit dem Drüsensaft Agarkulturen angelegt, aus denen nach dessen Angabe Pestbazillen hervorwuchsen. Dem Stationsarzte von Iringa, Stabsarzt Dr. Radloff, der nach Ablauf der Seuche in dem Dorfe eintraf, gelang es nicht, kranke Ratten zu finden. Blutpräparate, die der noch vor Dr. Oehme eingetroffene Regierungstierarzt Münchgesang angefertigt, sowie von Dr. Oehme zur Verfügung gestellte Präparate aus den Agarkulturen, die im Laboratorium zu Daressalam untersucht wurden, ergaben keinen Anhalt für das Vorliegen von Pest.

Es muß also auch hier dahingestellt bleiben, ob es sich wirklich um Pest gehandelt hat.

Zum Schlusse des Berichtsjahres brach dann Ende März 1912 in einigen Landschaften des Kilimandscharogebietes an der britisch-ostafrikanischen Grenze die Pest aus in ihrer bösartigsten Form: der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lungenpest. Der Bericht über die Bekämpfung dieser Seuche fällt in das kommende Berichtsjahr, hier sei nur erwähnt, daß 65 Eingeborene an Lungenpest und 3 an Bubonenpest starben. Durch den nach Moschi entsandten, in der Pestbekämpfung ausgebildeten Oberarzt Dr. Lurz wurde die Seuche schnell unterdrückt.

Bei der Pestbekämpfung im Schutzgebiete kamen die schon früher erwähnten, stets mit Erfolg angewandten Maßnahmen wieder zur Anwendung.

Zu diesen Maßnahmen gehörte vor allem die Rattenvertilgung, die bei einer neuen Einschleppung der Pest von außerhalb die Weiterverbreitung der Seuche erschweren mußte, und die an allen Küstenorten eifrigst fortgesetzt wurde, z. T. auch auf einzelnen Innenstationen, wie Schirati, Muansa und Bukoba, die der Einschleppung der Pest aus Uganda ständig ausgesetzt sind.

Der Rattenfang wurde teils durch Aussetzen von Prämien, teils durch Anstellung von besoldeten Rattenfängern zu fördern gesucht, daneben wurde auch ausgiebiger Gebrauch von Rattengift (Phosphorlatwerge) und insbesondere von Ausgraben von Rattennestern gemacht. Die Rattenvertilgung hat, wie aus Anlage 16 ersichtlich, ein Gesamtergebnis von 169 045 getöteten Ratten gehabt, gegenüber 154 639 im Berichtsjahre 1910/11 und 28 003 im Berichtsjahre 1909/10.

Über die Untersuchung der in Daressalam gefangenen Ratten ist im Berichte des Laboratoriums zu Daressalam das Nähere zu finden. Hier mag noch bemerkt werden, daß weder die Rattenuntersuchungen in Lindi, Daressalam, Tanga und Muansa, noch die obligatorische Leichenschau in den genannten Orten Pestverdacht ergaben.

Bemerkt sei noch, daß in den Nachbargebieten Deutsch-Ostafrikas nicht nur in Zanzibar und Kisumu (Port Florence), sondern auch an einzelnen Orten von Britich-Ostafrika an der Bahnstrecke der Ugandabahn einzelne Pestepidemien zu verschiedenen Zeiten des Berichtsjahres herrschten.

3. Malaria.

Im vorigen Jahresbericht war schon bemerkt worden, daß der verhältnismäßig günstige Stand der Malaria im Schutzgebiete gegen Ende des Berichtsjahres 1910/11 infolge eingetretener Regenfälle sich verschlechterte, so daß an vielen Orten sich ein deutliches Ansteigen der Erkrankungsziffer an Malaria bemerkbar machte.

Dieser Zustand hat auch im vorliegenden Berichtsjahr angehalten, wie die nachstehenden Tabellen, die den Stand der Malaria am Stande der Seuche unter den Europäern darstellen, beweisen.

Aus diesen Tabellen, die die aus der Behandlung der Europäer im gesamten Schutzgebiete gewonnenen Zahlen (die Zahlen enthalten Zivilpersonen und Schutztruppenangehörige) umfassen, ergibt sich auch diesmal wieder, daß die Erkrankungen an Malaria und Schwarzwasserfieber noch immer etwa ein Drittel aller behandelten Krankheiten, die Todesfälle dagegen nur ein Sechstel aller Todesfälle ausmachen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Während bei den Europäern des Schutzgebietes die Gesamtmorbidität und Gesamtmortalität prozentualiter gesunken ist, ist die Morbidität an Malaria und Schwarzwasserfieber prozentualiter gestiegen, die Mortalität dagegen zurückgegangen.

Europäer im Schutzgebiet	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
Iststärke der Europäer ...	1 351	1 491	1 886	2 375	2 926	3 283	3 785	4 227	5 060
Gesamtmorbidität	1 258	1 412	2 107	1 865	2 641	2 905	3 726	4 095	4 727
Prozent der Iststärke	93,1	96,0	111,7	78,1	90,2	88,4	98,4	96,9	93,4
Gesamtmortalität	27	33	64	47	67	40	44	88	89
Prozent der Iststärke	1,9	2,2	3,3	1,9	2,2	1,2	1,2	2,1	1,8
Malaria und Schwarzwasserfieber.									
Morbidität	498	695	833	764	818	892	1 234	1 199	1 562
Prozent der Iststärke	36,8	46,6	44,1	31,5	27,9	27,1	32,6	28,4	30,9
Mortalität	7	10	14	9	17	13	15	15	14
Prozent der Iststärke	0,5	0,7	0,7	0,4	0,6	0,4	0,4	0,4	0,28
Prozent der Gesamtmorbidität	39,7	49,2	39,5	40,9	30,9	30,7	33,1	29,3	33,1
Prozent der Gesamtmortalität	25,9	33,3	21,9	19,5	25,4	32,5	34,0	17,0	15,8

Ähnliche Ergebnisse liefern die Statistiken der Städte Daressalam und Tanga, die den größten Teil der europäischen Bevölkerung des Schutzgebietes umfassen. In diesen Städten wurden daher auch, wie bisher, die Mittel zu einer systematischen Bekämpfung der Malaria fast ausschließlich verwendet.

Die Statistiken folgen anbei.

Europäer in Daressalam	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
Iststärke der Europäer ...	377	380	657	851	897	743	750	930	1 024
Gesamtmorbidität	392	322	837	744	947	1 182	1 612	1 801	2 100
Prozent der Iststärke	104,2	84,7	127,4	87,4	105,6	159,0	214,9	193,7	205,0
Gesamtmortalität	6	7	10	12	17	11	21	24	18
Prozent der Iststärke	1,5	1,8	1,5	1,4	1,8	1,4	2,8	2,6	1,8

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Malaria und Schwarzwasserfieber.

Europäer in Daressalam	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
Morbidität	168	141	355	287	268	342	506	460	667
Prozent der Iststärke	44,5	37,1	54,0	33,7	29,8	46,0	67,5	49,5	65,2
Mortalität	—	3	4	6	6	3	5	10	11
Prozent der Iststärke	0,0	0,8	0,6	0,7	0,7	0,4	0,7	1,1	1,1
Prozent der Gesamtmorbidität	42,8	43,7	42,4	38,6	28,3	46,0	31,3	25,5	31,8[1])
Prozent der Gesamtmortalität	0,0	42,8	40,0	50,0	34,1	25,4	23,8	41,7	61,1[1])

Europäer in Tanga	1903/04	1904/05	1905/06	1906/07	1907/08	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
Iststärke der Europäer	148	192	205	211	222	258	355	361	437
Gesamtmorbidität	214	331	332	354	607	736	962	991	1 158
Prozent der Iststärke	144,6	172,4	161,9	167,7	273,4	285,2	270,9	272,2	265,0
Gesamtmortalität	5	9	9	7	6	9	10	9	11
Prozent der Iststärke	3,3	4,7	4,3	3,3	2,7	3,5	2,8	2,5	2,6

Malaria und Schwarzwasserfieber.

Morbidität	61	178	156	128	206	203	313	265	329
Prozent der Iststärke	41,2	87,5	76,1	60,6	92,7	78,6	88,1	73,4	75,3
Mortalität	2	5	6	3	2	2	3	3	3
Prozent der Iststärke	1,3	2,6	2,9	1,4	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7
Prozent der Gesamtmorbidität	28,5	53,7	46,9	36,1	34,0	27,5	32,5	26,8	28,4
Prozent der Gesamtmortalität	40,0	55,5	66,6	42,8	33,3	22,2	30,0	33,4	27,3

[1]) Aus der Zahl der im Gouvernementskrankenhause Daressalam behandelten Malariakranken läßt sich kein Schluß auf die Malariamorbidität der Europäer der Stadt Daressalam ziehen; denn etwa der dritte Teil der im Krankenhaus behandelten Malariakranken besteht aus Leuten, die sich außerhalb, an der Bahnstrecke, auf Plantagen und Reisen infiziert hatten oder auf der Durchreise von anderen Küstenorten hier in Behandlung kamen.

Von den im Berichtsjahr wegen Malaria behandelten Europäern blieben nach Ausschluß derjenigen Kranken, die wegen Rückfälle ihrer Malaria mit kürzeren Zwischenräumen wiederholt in Behandlung kamen, 554 Zivilpersonen.

Davon waren infiziert 374 in der Stadt, 180 außerhalb.

Ähnlich war die Verhältniszahl der außerhalb der Stadt mit Malaria infizierten bei den Schutztruppenangehörigen.

Von 48 Militärpersonen waren infiziert 31 in der Stadt, 17 außerhalb.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

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

1. Malariabekämpfung in Daressalam.

Siehe Tätigkeitsbericht des ärztlichen Laboratoriums zu Daressalam in Abschnitt 12, sowie Anlage 9.

Anlage 9.

2. Bericht über die Malariabekämpfung in Tanga.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Lott.

Die Malariabekämpfung in Tanga wurde im Berichtsjahre in gleicher Weise durchgeführt wie in den Vorjahren. Die Bezirke I und II wurden in jedem Vierteljahr einmal untersucht, in den übrigen Bezirken konnte die Untersuchung nur zwei- bzw. dreimal stattfinden, weil die damit beauftragte Schwester durch den Dienst im Krankenhause mehr in Anspruch genommen wurde als früher und deshalb der Malariabekämpfung nicht soviel Zeit widmen konnte wie in den Vorjahren. Die Gesamtzahl der Untersuchten war trotzdem erheblich höher als im letzten Jahr, weil die bereits früher als hervorragend tüchtig bewährte Malariaschwester nach längerem Heimatsurlaub wieder auf ihren alten Posten zurückgekehrt war.

Anlage 10.

Es wurden im ganzen 10 490 Erwachsene und 2 578 Kinder untersucht, bei 5 340 Erwachsenen und 1 549 Kindern wurden Malariaparasiten gefunden, also bei 51 bzw. 60 % der Untersuchten; die entsprechenden Prozentzahlen des Vorjahres waren 29 bzw. 43. Eine Vergleichung der Prozentzahlen beider Jahre scheint zu dem Ergebnis zu führen, daß die Malaria in Tanga im letzten Jahre viel stärker aufgetreten sei als früher. Das ist jedoch nicht der Fall, denn die Zahl der an Malaria erkrankten Europäer hielt sich auf der gleichen Höhe wie im Vorjahr, während eine stärkere Ausbreitung der Malaria unter der farbigen Bevölkerung naturgemäß auch ein Wachsen der Malariamorbidität bei den Europäern zur Folge haben müßte. Die Sache liegt vielmehr so, daß in diesem Jahre erheblich mehr Parasitenträger unter den Eingeborenen festgestellt wurden, weil die Untersuchungen mit besonderer Genauigkeit und Sachkenntnis vorgenommen wurden.

Anlage 10.

In den 6889 Fällen, in denen der Befund positiv war, fanden sich die Parasiten der Tropica 5553 mal, der Tertiana 963 mal, der Quartana 369 mal, und 4 mal wurde eine Mischinfektion festgestellt (Tropica-Quartana). Daraus kann man allgemein berechnen, daß von 100 Parasitenträgern 81 mit Tropica, 14 mit Tertiana und 5 mit Quartana infiziert sind. Über die Verteilung der Malaria in den einzelnen Bezirken gibt die Tabelle Aufschluß. Filarien wurden in 395 Fällen, Spirillen niemals gefunden. In der Tabelle sind die Blutuntersuchungen, die bei Patienten des Krankenhauses und der Poliklinik gemacht wurden, nicht enthalten.

Der Kampf gegen die Mückenplage wurde in der gleichen Weise wie früher fortgeführt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

3. Malaria in den übrigen Bezirken.

Stabsarzt Dr. Greisert berichtet aus Aruscha:

Unter der europäischen Bevölkerung am Meruberg, die 440 Köpfe hat, sind im Berichtsjahre 8 Fälle von Malaria und 2 Fälle von Schwarzwasserfieber beobachtet worden. Von den 8 Malariaerkrankungen entfallen 5 auf die am linken Ufer des Ussabaches seit November 1910 angesiedelten Palästina-Deutschen, die 24 Köpfe zählen. Die beiden an Schwarzwasserfieber Erkrankten sind ebenfalls Palästina-Deutsche auf dem linken Ussaufer. Auf ihren Farmen nahe dem Ussa finden sich an mehreren Stellen Wasseransammlungen, zum Teil künstlich hervorgerufen durch zur Berieselung der Gärten angelegte Wassergräben. In einem der Tümpel ist es gelungen, Anopheleslarven zu finden.

Außer den 5 wissenschaftlich festgestellten Malariaerkrankungen sind unter den Palästina-Deutschen am Ussa noch einigemale fieberhafte Erkrankungen vorgekommen, die mit Chinin behandelt wurden, ohne daß Blutpräparate an die Sanitätsdienststelle eingesandt wurden. Die Zahl der Infektionen mit Malaria am Ussa ist also wahrscheinlich größer.

Die Palästina-Deutschen sind nach diesen Erfahrungen bestrebt, die natürlichen Tümpel und Teiche möglichst in den Ussabach abzuleiten und suchen die Entstehung von Wasseransammlungen bei der künstlichen Bewässerung zu vermeiden. Ihre jetzigen provisorischen Behausungen, in denen sie ohne Moskitonetze schlafen, liegen in der Niederung nahe am Ussabach; ihre Steinhäuser beabsichtigen sie in einer Entfernung von etwa 1 km vom Ussa und höher gelegen zu erbauen. Der Gesundheitszustand wird sich dann zweifellos bessern.

Im Bezirk Moschi ist die Malaria überall verbreitet und wurde auch in größeren Höhenlagen fast überall festgestellt. Stabsarzt Wünn berichtete über diese Verhältnisse im Oktober 1911:

»Zur Erforschung der Verbreitung endemischer Malaria im Kilimandjarogebiet, besonders in größeren Höhenlagen, führte ich vom 28. August bis 9. November 1911 eine Dienstreise aus, deren Ergebnisse zusammen mit den Erfahrungen, die ich sonst hier durch meine ärztliche Tätigkeit gesammelt habe, dem folgenden Bericht zugrunde liegen.

Auf dieser Dienstreise wurden von Kindern, die die betreffende Landschaft noch nicht verlassen hatten, Blutproben in Tropfenform entnommen, mit Giemsalösung gefärbt und untersucht.

Außerdem wurde nach Mücken, ihren Larven und ihren Brutstellen gefahndet.

Dies letztere hat die größten Schwierigkeiten, wenigstens in den Landschaften, in denen Mücken selten sind. Denn die Witterung war fast durchweg kalt und regnerisch, so daß die Mücken nicht fliegen mochten. In den Hütten der Eingeborenen ist es ausgeschlossen Mücken zu finden, da die Wadschagga ihre Hütten kunstvoll aus Gras bauen, großen Bienenkörben ähnlich. Hier gibt es nun natürlich keine ebenen Wände, an denen man sitzende Mücken erkennen kann, sondern nur Rillen und Furchen, in denen ich trotz elektrischer Laterne nichts finden konnte. Außerdem sind alle Winkel und Unebenheiten dicht mit schmutzigen Spinnengeweben überzogen, so daß ein Absuchen völlig unmöglich ist.

So gelang es mir nur gelegentlich, in meinem Zelt die eine oder andere Mücke zu fangen. Diese Mücken erwiesen sich in größeren Höhenlagen von über 1100 m in allen Landschaften mit Ausnahme von Kibongoto als Culiciden, während in dieser Landschaft und in den unter 1100 m gelegenen Teilen überall auch Anopheles sich fanden. Da sich, wie ich später ausführen werde, auch in diesen größeren Höhen einige Kinder als infiziert erwiesen, schließe ich daraus, daß die Anopheles hier nur der Beobachtung entgingen.

Der Kilimandjaro läßt sich seinen Höhenlagen nach in drei verschiedene Gebiete einteilen. Das unterste ist die Gegend der großen Flüsse Kikuletwa und Rufu, die in etwa 700—900 m Höhenlage fließen, vielfach mit Sümpfen und Seen umgeben sind und stark verseuchte Malariagebiete bilden. So fing ich früher in Aruscha chini, in Kahe und am Djipesee, jetzt in Kileo Anopheles in großer

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl, und der größte Teil meiner Träger und ich selbst erkrankte an Malaria, teilweise auf Dienstreisen in diesen Gegenden, teilweise im Anschluß an dieselben.

Das zweite Gebiet ist das der Pflanzungen, die in etwa 900—1 000 m Höhenlage sich um den Berg herumziehen. Ihnen entspricht das Farmgebiet, das die Westseite des Fußes des Kilimandjaro einnimmt und sich als ganz offene Grassteppenlandschaft bis zu 1 700 m Höhe erstreckt.

Der dritte Teil ist der von den Wadschagga bewohnte Berghang bis zur Urwaldgrenze, die in etwa 1 500—1 700 m Höhe liegt. Dies letztere Gebiet galt bisher als malariafrei. In ihm liegen nur noch vereinzelte Pflanzungen, es wohnen darin aber auch Europäer, besonders Missionare.

Das zweite Gebiet, also das der Pflanzungen, kann ich als überall mit endemischer Malaria verseucht erklären. Es gibt überall Anopheles, besonders in der Regenzeit und im Anschluß an dieselbe. Ich habe auf den meisten Pflanzungen Europäer an Tropica behandelt, die dort ihr erstes Fieber erworben hatten. Die Verhältnisse für die Brut der Mücken liegen aber auch sehr günstig. Die Temperatur ist hier stets am Tage leidlich warm, auch manche Nächte sind warm, wenn auch anderseits recht kühle Tage und Nächte vorkommen mit Temperaturen von 10—12° C. Aber diese sind vereinzelt. Wasser ist hier überall reichlich vorhanden. Es fließt zwar meist stark, aber während der Regenzeit bilden sich viele Tümpel, auch in den Steinen am Rande der Flüsse finden sich häufig mit Wasser gefüllte Löcher, und dann wird überall Wasser mit Gräben auf die Felder geleitet. Diese Gräben haben häufig kein gutes Gefälle oder laufen an einzelnen Stellen über, dort kleine Sümpfe bildend. Außerdem legen sich gerade Europäer mit Vorliebe Ententeiche an, die stehendes Wasser enthalten. Hier kommen also natürliche und künstliche Brutgelegenheiten für die Mücken vor. Durch Beseitigung der letzteren allein ist also auf eine Sanierung nicht zu hoffen.

Etwas anders liegen die Verhältnisse in einem Teil des Farmgebietes. Hier spielen schon größere Höhenlagen mit, da die Farmen sich durchschnittlich zwischen 1 400—1 700 m Höhe befinden. So liegt Geraragua in etwa 1 400 m Höhe, die Farmen in Engare Nairobi zwischen 1 400—1 550 m und die Farm am Olmolog in 1 700 m Höhe. Das ganze Gebiet besteht aus ganz offener Steppe, die sich in allmälichen Anstieg bis an den Urwald erstreckt. Zwischen Steppe und Wald befindet sich hier also kein Busch. Dementsprechend wohnen hier auch keine Wadschagga, sondern nur Weiße mit ihren Arbeitern und Hirten. Früher war die Gegend von Masai bewohnt. Hier befinden sich einige sehr stark fließende Bäche, die den Mücken keine Brutgelegenheit geben. Die beiden Bäche Engare Nairobi Nord und Süd fließen aber zu einem Sumpfe zusammen, der in etwa 1 300 m Höhe nicht weit von den Burenansiedlungen dieses Farmgebietes liegt. Dieser Sumpf ist eine gute Brutstätte. Die Buren sagen denn auch, daß das Fieber kommt, wenn der Wind von diesem Sumpf herweht. Sie bestreiten allerdings noch hartnäckig, daß Malaria von Mücken übertragen werde, sondern schreiben der schlechten Sumpfluft, die der Wind von den Sümpfen bringt, die Schuld an der Erkrankung zu. Der Wind bringt aber natürlich auch die Mücken mit, die in den sehr schlecht gehaltenen Bewässerungsgräben der Buren geeignete Brutstellen finden. Hier erkranken denn auch alljährlich fast alle Buren mindestens einmal an Fieber, wie mir von ihnen gesagt wurde. Sie ziehen deshalb in der gefährlichen Zeit aus ihren Häusern aus auf freiliegende Bergkuppen. Blutentnahme konnte ich nur von 6 Burenkindern machen, mehr waren nicht da. Von diesen 6 zeigten sich 2 als mit Tropica infiziert. Es ist also sicher, daß hier Neuinfektionen bis in 1 500 m Höhenlage vorkommen.

Ein typisches Beispiel dafür, wie man einen an und für sich malariafreien Ort verseuchen und auch wieder sanieren kann, bietet die Farm Geraragua. Hier hatte der Farmer vor einigen Jahren einen Ententeich angelegt. Bis zu dieser Zeit war Malaria dort nicht vorgekommen. Dann aber erkrankte der Farmer und seine Frau und auch andere Leute häufig an Malaria, die Frau auch an Schwarzwasserfieber. Der damalige Stationsarzt, Stabsarzt Dr. Penschke, stellte nun in dem Wasser des Ententeiches die Larven von Anopheles fest und der Teich wurde beseitigt. Seitdem ist Geraragua wieder völlig fieberfrei. Man sieht aus diesem Beispiel, daß es den Anopheles möglich ist, sich in 1 400 m Höhe anzusiedeln

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

und zu vermehren, noch dazu in einer Steppe, die den größten Teil des Jahres hindurch von starken Winden heimgesucht wird. Ich untersuchte hier das Blut der beiden Kinder des Farmers, ohne Parasiten zu finden. Ebenso untersuchte ich das Blut von 9 Kindern dort angesiedelter Arbeiter, ebenfalls ohne positiven Befund. Ebensowenig ließen sich Mücken oder Malaria in der Farm Olmolog nachweisen (1700 m), während ich in der direkt darunter liegenden Salzsteppe von Mbulje (1100 m), in der sich ein Askariposten befindet, 1 Culex fing. Anopheles waren auch hier jetzt nicht zu finden, jedoch erbaten sich die Askari Chinin, da sie häufig an Fieber erkrankten.

Wenn nun also diese Gebiete, in denen sich bisher hauptsächlich die europäischen Unternehmungen niedergelassen haben, entweder von Natur mit Malaria verseucht sind, oder sich künstlich leicht verseuchen lassen, so liegen die Verhältnisse anders in den von den Wadschagga bewohnten Landschaften. Diese gelten als völlig gesund, und wenn man die Wadschagga fragt, so hört man, daß Fieber nicht vorkäme, soweit sie ihre Häuser haben.

Die Wadschagga fürchten das Fieber sehr und vermeiden es daher, nachts unten in der Gegend der Pflanzungen zu bleiben. Falls sie doch dazu gezwungen werden, erkranken sie häufig. Man sollte daher annehmen, daß sie auch mit ihrer Behauptung, Fieber komme in der von ihnen bewohnten Höhe nicht vor, Recht hätten. Ich habe nun aber Feststellungen anderer Art gemacht.

Man muß hier die Landschaften, die an der Südseite des Berges liegen, von denen trennen, die an der Westseite, Ostseite und Nordostseite liegen. Die Nordseite ist unbewohnt.

Diese Landschaften haben sehr verschiedene Niederschlagsmengen und Windverhältnisse. Betrachtet man zunächst die Boma Moschi selbst (etwa 1100 m) und die umgebende Landschaft, so finden wir, daß hier Malariainfektionen selten sind, aber vorkommen. In Moschi habe ich mehrfach Anopheles gefangen, so in der Boma selbst und im Hotel Förster. Mir sind auch zwei Fälle von Neuinfektionen von Europäern in Moschi selbst bekannt geworden. Da nun hier dauernd ein großer Menschen- und Lastenverkehr von der Küste und aus Kahe besteht, kann eine dauernde Einschleppung von Moskitos nicht Wunder nehmen, wenn auch wohl Moschi durch seine Kälte und Nässe und durch seine starken Winde den Mücken wenigstens außerhalb der Regenzeit nicht sehr angenehm sein kann. Daher gilt Moschi im allgemeinen als gesund, wenigstens was Malaria anbetrifft. Die Kinder der Landschaft eignen sich nicht zur Untersuchung, da sie von klein an schon nach dem verseuchten Fuß des Berges mitgenommen werden, wo ihre Mütter täglich Gras schneiden für ihre Kühe, die Stallfütterung haben. Malariaerkrankungen werden jedenfalls in der Poliklinik sehr viel behandelt.

Die nächste hochgelegene Landschaft am Südhange des Berges, die ich untersuchte, ist Kibosho. Sie liegt in einer Höhenlage bis zu 1500 m. In dieser Höhe liegt auch die katholische Mission und die Wohnung des Mangi. Diese Landschaft ist klimatisch gleichartig mit der nächsten großen Landschaft Madshame, die bis zu 1600 m Höhe bewohnt ist, wo sich die evangelische Mission befindet.

Beide Landschaften zeichnen sich durch große Kälte (morgens etwa 7° C im Anfang September) und reiche Regen- und Nebelbildung aus. Ich habe sie jedenfalls nur in äußerst unangenehmem, kaltem Nebel kennen gelernt. Mücken habe ich trotz eifrigen Suchens nicht gefunden, ebensowenig deren Larven. Auch die Missionare und der Missionsarzt Dr. Ittameier versicherten, daß hier keine Mücken vorkämen, und zwar trotzdem sich in der Nähe der Mission Madshame ein kleiner Teich befindet. Herr Dr. Ittameier hat hier oft zu allen Jahreszeiten nach Mückenlarven geforscht, aber niemals solche gefunden. Ebenso behauptete er, daß Malariaerkankungen bei Kindern nicht vorkämen. Da sein Urteil als das eines Arztes von besonderem Wert ist, führe ich es hier an erster Stelle an, dasselbe sagten mir aber auch die Patres in Kibosho und die farbigen Beamten der Landschaften. Hier kennt man augenscheinlich ganz genau die Grenze, bis zu der Neuinfektionen vorkommen, und kann als solche die Hütten bezeichnen, die von den Wadschagga bewohnt werden und die in etwa 1100 m Höhe liegen. Dasselbe Resultat ergaben die Blutuntersuchungen der Kinder. In Kibosho untersuchte ich das Blut von 159 Kindern, in Madshame von 102 Kindern; bei keinem

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

fanden sich Malariaparasiten. Man kann also die Landschaften an der Südseite des Berges von einer Höhe von etwa 1100 m an als malariafrei bezeichnen. In ihnen wohnen außer Missionaren auch eine Anzahl Kaffeepflanzer, die gesund sind, solange sie hier oben bleiben, aber erkranken, sobald sie in die tiefer gelegenen Gegenden kommen.

Abweichend davon ist das Ergebnis in der an der Südwestseite des Berges gelegenen Landschaft Kibongoto, in der sich auch die landwirtschaftliche Versuchsstation befindet. Diese Landschaft liegt in einer Höhe von 1200—1400 m. Ihr Klima ist aber bereits erheblich anders als das von Kibosho und Madshame, da die Wolken und kalten Winde durch einen Bergrücken abgehalten werden, der die Landschaften scheidet. Das ganze Land ist mit Busch und Wald bedeckt, und außerdem liegt hier am unteren Rande der Landschaft eine ganze Kette von Sümpfen, die stets Wasser haben. Hier gibt es natürlich viele Mücken, auch Anopheles. So machte auf der landwirtschaftlichen Versuchsstation ein Assistent sein erstes Fieber (Tropica) durch, nachdem er dort bereits über ein halbes Jahr tätig war, ohne Kibongoto zu verlassen, so daß eine anderweitige Infektion also ausgeschlossen ist. Ebenso starben von Wadschaggaarbeitern aus Rombo, die dort täglich gewesen waren, nach ihrer Rückkehr in die Heimat angeblich 5 an Malaria. Die hier ansässigen Wadschagga sagten übrigens sofort, daß hier auch die Kinder an Fieber erkrankten. Dementsprechend ergab denn auch die Blutuntersuchung von 69 Kindern bei 13 Tropicaparasiten. An diese Landschaft schließt sich nun nach Norden hin die schon früher beschriebene Steppe an.

Von Moschi aus nach Osten zu, also an der Südost-, Ost- und Nordostseite des Berges liegen in größerer Höhe die Landschaften Kilema, Marangu und Rombo. Diese sind wieder von den Landschaften der Südseite durch einen hohen Bergrücken getrennt. Die Niederschläge sind in Kilema und Marangu recht reichlich, die Wasserverhältnisse daher gut. Der Wind kommt aber einen großen Teil des Jahres hindurch von den Sümpfen her, die um den Djipesee und den Rufu liegen. So müssen also auch Mücken hierher von dort geweht werden, besonders, da die Landschaften recht sanft ansteigen, also ein allmähliches Sichakklimatisieren der Mücken ermöglichen. Die Eingeborenen bestritten auch hier, daß Mücken vorkommen, die ihnen anscheinend ganz unbekannt waren. Die Missionare und Pflanzer sagten aber, daß Mücken vorkommen, manchmal sogar viele.

So fing ich denn in Kilema auf dem Lagerplatz beim Mangi nahe der katholischen Mission (etwa 1400 m) mehrere Culiciden und entdeckte dort einen durch gestaute Bewässerungsgräben von den Eingeborenen angelegten Sumpf, der einen ausgezeichneten Brutplatz für die Mücken bildete. Anopheles fand ich hier nicht. Ebenso fand ich in den Ufersteinen am Himo in Marangu zahlreiche Löcher, die mit stehendem Wasser gefüllt waren und von Culicidenlarven wimmelten. Auch hier waren keine Anopheles zu sehen. Es scheint demnach, als ob Culex vielleicht höher hinauf vorkommt als Anopheles.

Nun sagten auch hier die Bewohner, Weiße wie Farbige, daß Neuinfektionen in den Landschaften nicht vorkämen. Dafür spricht vielleicht, daß 2 weiße Kinder, die jetzt 3 Jahre in Marangu leben, bis heute vom Fieber verschont sind.

Dagegen fand ich unter 76 Blutproben von Kindern aus Kilema bei 2 Tropicaparasiten, ebenso bei 65 Kindern aus Marangu ebenfalls 2 mit Tropica infiziert. Da diese Kinder angeblich die angegebenen Landschaften niemals verlassen hatten, muß man annehmen, daß die Infektion dort zustande gekommen ist, daß also endemische Malaria vorkommt, wenn auch nicht häufig.

Das letzte bewohnte Land im Nordosten des Berges ist Rombo, das in eine große Anzahl kleinerer Landschaften zerfällt. Sein Klima ist durch einen dazwischen liegenden Bergzug insofern ganz anders als das des übrigen Kilimandjaro, als hier die Niederschläge und auch die vom Berg gelieferten Wassermengen äußerst gering sind, so daß z. B. die Rinder nur in der Regenzeit ab und zu getränkt werden und im übrigen ihren Wasserbedarf durch das Auffressen der sehr wasserhaltigen Bananenstämme decken müssen.

Hier sagten ebenfalls die Eingeborenen, ebenso die Missionare, daß weder Mücken noch Malaria vorkämen. Auch ich habe keine Mücken oder Mücken-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

larven gefunden; dagegen waren bei 98 Kindern aus Keni 3 mit Tropica infiziert und bei 55 Kindern aus Useri 1, wie die Blutpräparate zeigten. Auch hier kommen also vereinzelte Infektionen vor. An dem gänzlich unbewohnten Dshallasee, einem alten sehr tiefen Krater, suchte ich vergeblich nach Mücken. Der See ist sehr groß und tief, hat recht starken Wellengang und bildet an seinen scharf abgesetzten Ufern gar keine kleineren getrennten Wasseransammlungen. Hier finden also die Mücken keine Vermehrungsmöglichkeit.

Zusammenfassend kann ich also als Resultat meiner bisherigen Untersuchungen feststellen, daß am Kilimandjaro 1. das am weitesten nach unten gelegene Gebiet der großen Flüsse, Seen und Sümpfe (700—900 m) mit Malaria verseucht ist, daß 2. das daran anstoßende eigentliche Pflanzungsgebiet (900—1100 m) ebenfalls Malaria aufweist, und daß 3. auch die von den Eingeborenen bewohnten Landschaften mit Ausnahme der an der Südseite des Berges gelegenen endemische Malaria besitzen.

Von diesen ist Kibongoto am stärksten infiziert, was durch seine Sümpfe leicht zu erklären ist, während in Marangu und Kilema ebenso wie in Rombo die Erkrankungsgefahr nur gering ist.

Bis zum Ende des Berichtsjahres hat sich an diesen Verhältnissen nichts geändert. Dagegen ist eine weitere Ausbreitung der Malaria in Neu-Moschi zu verzeichnen, das durch seine Lage an dem sumpfigen Rauwald in nur 800 m Höhe ganz besonders für diese Krankheit geeignet ist. Es sind Neuerkrankungen dort sowohl unter Europäern wie Farbigen festgestellt worden, und es ist anzunehmen, daß mit der Zunahme der Bevölkerungszahl und der zunehmenden Dichtigkeit der Besiedelung des Platzes auch die Zahl der Infektionen steigen wird; für die von der Regierung dort zu beschäftigenden Arbeiter habe ich daher die Durchführung der Chininprophylaxe dem Kaiserlichen Bezirksamt vorgeschlagen. Für die übrige Bevölkerung wird sie sich vielleicht auch empfehlen.«

Stabsarzt Jungels schreibt aus Morogoro:

»Im Berichtsjahre wurden ein großer Sumpf an der Lambrechtstraße und einige kleinere Sümpfe im Orte Morogoro trocken gelegt. Diese im Interesse einer ordentlichen Malariabekämpfung ergriffenen Maßregeln haben etwas bessernd auf die Moskitoplage, nicht aber auf die Malariamobidität gewirkt.«

Aus dem Bezirke Kilimatinde berichtet Oberarzt Dr. Bartels:

»Die Malaria kommt als Saisonmalaria während und besonders kurz nach der Regenzeit im ganzen Bezirk vor. Die Ursache liegt in den hiesigen Boden- und Klimaverhältnissen. Zu Wasseransammlungen kommt es für längere Zeit während der Regenzeit nur in der Ugogosteppe. In diese Zeit, April und Mai, fallen auch die meisten Malariaerkrankungen. Dauernde Chininprophylaxe wird nur von sehr wenigen Europäern getrieben. In der Zeit von Juni bis September schlafen viele sogar ohne Moskitonetz.

Sehr viele Infektionen der Europäer erfolgen nachweislich in der Eisenbahn. Zur Herstellung des Eisenbahndammes sind an vielen Stellen neben dem Damm Erdausschachtungen vorgenommen. In den dadurch entstandenen Erdlöchern steht während eines großen Teiles des Jahres Wasser, das dort die besten Brutplätze für die Moskitos darstellt. Ich selbst habe mich nachweislich zweimal auf diese Weise infiziert. Die Eisenbahnwagen sind jetzt allerdings mit Moskitoschutz versehen, aber der Schutz ist illusorisch, da auf den Stationen die Wagentüren geöffnet werden müssen, und die Mücken bei dieser Gelegenheit eindringen. In den schweren dunklen Friesvorhängen, die die einzelnen Wagenabteile voneinander abschließen und unter den hochklappbaren Polstern finden sie die ihnen zusagenden Schlupfwinkel während des Tages.«

Im ganzen Bezirk Mahenge ist, wie Stabsarzt Schuhmacher mitteilt, die Malaria verbreitet:

»Nur auf der Höhe der Upogoroberge, wo auch der Stationsort liegt, ist das Vorkommen der Malaria noch nicht festgestellt; es wurden hier wohl zuweilen einzelne Anophelen, wohl verschleppte Tiere, gefangen, aber Anophelenbrutstätten konnten noch nicht im Stationsorte nachgewiesen werden. Ebenso sind

hier geborene Kinder, die noch nicht in die tiefer gelegenen Teile des Bezirks gekommen sind, frei von Malaria und bei den hier auftretenden Malariafiebern ließen sich noch stets als Infektionsort die tiefer gelegenen Landschaften feststellen.«

An Malaria wurden in Iringa, wie Dr. Radloff mitteilt, 33 Personen behandelt, und zwar kamen hauptsächlich Tropica und Tertiana in Betracht.

»Die Infektion dieser 33 Personen erfolgte in den seltensten Fällen hier am Orte, die Leute erkrankten vielmehr meist bald nach der Rückkehr von einer Reise.

Als im Bezirk am meisten mit Anopheles infiziert ist die Straße Kilossa–Iringa zu betrachten, aber auch die anderen mehr begangenen Straßen, z. B. nach Ubena–Langenburg, sind, namentlich mit den tiefer gelegenen Lagerplätzen, Brutplätze für Anopheles. In der Trockenzeit fällt auch hier die Infektionsgefahr fort oder ist wenigstens sehr gering.

Die höher gelegenen Gegenden und Orte des Bezirkes sind frei von Malaria, z. B. die Utschungweberge und der Ubenaposten. Iringa selbst ist nicht frei, doch werden hier nur am Schlusse der Regenzeit vereinzelte Anopheles beobachtet.«

Unter der europäischen Zivilbevölkerung von Lindi kamen nach einem Berichte des Oberarztes Dr. Wolff 27 Fälle von Malaria zur Behandlung, die sich folgendermaßen über die einzelnen Monate verteilen:

1911		1911	
April	5	Oktober	1
Mai	4	November	1
Juni	4	Dezember	1
Juli	2	Januar	3
August	1	Februar	1
September	2	März	2

Wie stets traten am Ende der Regenzeit die meisten Erkrankungen auf. Bis April pflegt hier die Regenzeit zu dauern. Von den 27 Fällen gehörten der Form der Tropica an 21, der der Tertiana 4, je ein Fall zeigte Tropica- und Tertianaparasiten bzw. Tropica- und Quartanaparasiten zusammen.

Bei 5 Fällen war mit Sicherheit die Infektion in der Stadt Lindi nachzuweisen, während die Mehrzahl der Erkrankungen von den Pflanzungen stammte. Unter den 27 Fällen waren 6 Rückfälle.

Durch den Regierungsarzt der Südbezirke Professor Dr. Beck, wurden im Juni 1911 in Lindi 159 Schulkinder im Alter von 6 bis 14 Jahren auf Malariaparasiten untersucht. Davon hatten 138 = 86,4 % Malariaparasiten im Blut, und zwar 111 die tropische Form, 21 Tertiana- und 6 Quartanaparasiten. Zu gleicher Zeit untersuchte Wolff 42 Säuglinge in Lindi im Alter von 4 Monaten bis 2 ½ Jahren; von diesen beherbergten 39 = 92,9 (!) % Malariaparasiten (31 Tropica, 6 Tertiana, 2 Quartana). Als Nebenbefund fanden sich bei sämtlichen Malariakranken (Schülern und Säuglingen) basophile Zellen.

In Mikindani wurden Ende Juni 1911 195 Kinder im Alter von 5 Monaten bis zu 10 Jahren untersucht. Von diesen waren mit Malaria infiziert 157 = 80,5 % (122 Tropica, 33 Tertiana, 2 Quartana).

Anopheles fand Beck außer in Lindi und Mikindani zahlreich am Mbemkuru auf der Straße von Mitonneno nach Rugangwa.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ferner wurden Anopheles gefangen auf der Straße von Bangalla nach Lumasule, in dem Dorf Tundulu (nicht aber in der höher gelegenen Bezirksnebenstelle Tunduru).

Aus dem Bezirke Ssongea berichtet Professor Dr. Beck:

»Während meiner Reise durch den Ssongeabezirk zur Erforschung der Schlafkrankheit wurde bei den Blutuntersuchungen (in großen Tropfen) neben dem Befund von Trypanosomen auch auf die Gegenwart von Malariaparasiten geachtet. Auf dem Wege von Sassawara nach Mitomoni, den Rovuma entlang wurde in sämtlichen Ortschaften das Blut der Eingeborenen (Kinder bis zu 3 Jahren ausgeschlossen) wiederholt untersucht, so daß aus dem Blutbefund sich immerhin ein Schluß auf die Verbreitung der Malaria auch in dieser Gegend ziehen läßt. Unter 2 666 Eingeborenen wurden bei 816 = 38,7% Malariaparasiten im Blut gefunden, davon 68 mit Tertianaparasiten.

Im südlichen Teil des Nyassasees (Kiwindi, Likepo) war die Verbreitung der Malaria etwa 70% der Bevölkerung; in dem mittleren Teil des Sees zwischen Lundu und Wiedhafen etwa 30%; im nördlichen Teil, nördlich Wiedhafen bis Langenburg wurden untersucht 1 321 Eingeborene, davon hatten Malariaparasiten 157 = 11,7%, während am Nordende des Sees unter 3 432 untersuchten Eingeborenen 1 959 = 60% mit Malariaparasiten infiziert waren; auf der Missionsstation Matuma in Muata und in Ssongwe betrug die Zahl der Parasitenträger 80—90 % der Eingeborenen.

In den Upangwabergen wurden unter 5 605 untersuchten Eingeborenen bei 21 Malariaparasiten nachgewiesen.

Anopheles fanden sich auf dem Wege von Sassawara zum Jumben Mtira, ferner beim Jumben Mtira und beim Jumben Sasa. Am südlichen Teil des Nyassa waren Anopheles reichlich in Matema, ebenso in Muata, in Ssongwe.

In den Upangwabergen wurden weder in Niederungen noch auf den Höhen Anopheles angetroffen.«

Aus Muansa berichtet Oberarzt Dr. Petzoldt:

»Malaria ist hier in Muansa und Umgebung endemisch, außerordentlich oft kommt Malaria tropica zur Beobachtung. Nach der Regenzeit ist regelmäßig eine Steigerung der Malariamorbidität festzustellen, die ihren Grund in den günstigen Entwicklungsbedingungen für die Moskitos hat, die durch die Bildung von Tümpeln und sumpfigen Bodenpartien geschaffen werden. Die in großer Ausdehnung bestehenden nur langsam austrocknenden künstlichen Sumpfbildungen (Zuckerrohrschamben) bilden fast das ganze Jahr hindurch ausgezeichnete Brutplätze für Moskitos, so daß ständig Malariaerkrankungen unter der europäischen und farbigen Bevölkerung beobachtet werden. Besonders häufig ist unter den Moskitos die Gattung Anopheles vertreten. So wurden in mehreren Schöpfproben, die aus den Staugräben der Zuckerrohrfelder entnommen waren, außerordentlich zahlreiche Moskitolarven gefunden, darunter 92% Anopheleslarven.

Entsprechend hoch ist natürlich die endemische Verseuchung der eingeborenen Bevölkerung mit Malaria. Unter 100 Kindern im Alter von 1—10 Jahren wurden 87 als Parasitenträger ermittelt = 87% (bei einmaliger Untersuchung!).

Infolge dieser allgemeinen ungünstigen Verhältnisse ist die Morbidität der Europäer ebenfalls sehr hoch. Insgesamt erkrankten von 124 Europäern 52 an Malaria = 41,93%. Bei den meisten Fällen ist die Infektion nachweislich in Muansa selbst erfolgt.

Der Bekämpfung der Malaria wurde fortgesetzt Aufmerksamkeit gewidmet. Nach der Regenzeit wurden vielfach Tümpel und kleinere sumpfige Bodenstellen zugeschüttet oder petrolisiert.

Die gesundheitlichen Verhältnisse von Tabora können, wie Stabsarzt Ullrich schreibt, nicht günstig genannt werden wegen der das ganze Jahr und in der Regenzeit recht zahlreich vorkommenden Erkrankungen an Malaria.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von Zivilpersonen kamen an Wechselfieber in Zugang 74 Kranke, davon 15 Gouvernementsangehörige.

Beobachtet wurde: Malaria tropica .... 46 mal,
» tertiana ... 4 »
» quartana .. 4 » .

In 20 Fällen konnte die Form der Erkrankung nicht festgestellt werden, zumeist weil vor der Blutentnahme schon Chinin genommen war.

Die Sanierung des Dorfes Udjidji zur Bekämpfung der Malaria hat, wie Stabsarzt Dr. Fehlandt berichtet, auch im letzten Berichtsjahre einige Fortschritte gemacht. In der Regenzeit wurde für den Abfluß des in den Gräben angesammelten Wassers gesorgt, Straßen wurden ausgebessert und Lehmgruben zugeschüttet.

Eingeborene haben das am See gelegene, sumpfige und mit Schilf bestandene Gelände teilweise ausgerodet und bepflanzt.

Malaria ist in der ganzen Tanganykasenke, wie Stabsarzt Dr. Penschke aus Usumbura berichtet, endemisch und tritt das ganze Jahr hindurch auf. Europäer und Farbige leiden unter ihr (vgl. auch Gesundheitsverhältnisse auf der Station).

Allgemein in der Kolonie ist, wie Stabsarzt Dr. Neubert schreibt, die Ansicht verbreitet, daß Bukoba außerordentlich gesund sei. Fieber gäbe es dort überhaupt nicht, Moskitos sehr wenig.

»Ich kann demgegenüber sagen, daß während meines kurzen Hierseins — etwa 5 Monate — fast alle hier ansässigen Europäer an Malaria gelitten haben, mit ganz wenigen Ausnahmen; und zwar konnte in den meisten Fällen der Nachweis erbracht werden, daß das Fieber aus Bukoba selbst stammte. Daraus ist zu schließen, daß doch eine ganz erhebliche Anzahl von infizierten Moskitos vorhanden sein muß, wenn auch andererseits zugegeben werden muß, daß sehr selten Mücken zu sehen sind. Man sollte doch meinen, daß es in der von Sümpfen und Bananenhainen umgebenen Station von Mücken wimmeln müßte. Woran das liegt, daß das nicht der Fall ist, das kann ich mir nur dadurch erklären, daß vielleicht in den Sümpfen und dem Kamonibach eine große Anzahl von mückenlarvenvertilgenden Insekten oder Fischen vorhanden ist.

Auch unter den Eingeborenen kam, besonders im Februar und März, Malaria zahlreich zur Beobachtung.«

Statistische Zusammenstellungen über Malariafeststellungen und Blutuntersuchungen enthält Anlage 9 und 10, sowie Kapitel 14.

4. Schlafkrankheit.

Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Jahre 1911/12.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Professor Dr. Kleine.

In der Organisation der Schlafkrankheitsbekämpfung hat sich im Verlauf des vergangenen Etatsjahrs nichts geändert; die Summe der aufgewendeten Mittel betrug etwa 350 000 ℳ. — Wie bereits in früheren Berichten ausgeführt wurde, haben wir das ursprüngliche Prinzip der Bekämpfung: Konzentration der Schlafkranken in feste Lager, mehr und mehr aufgeben müssen und statt dessen das Hauptgewicht auf die Sanierung der infektiösen Landschaften gelegt. Soweit es sich aber ermöglichen ließ, wurden daneben doch die Kranken, meist ambulatorisch, mit Medikamenten behandelt. Dies geschah einer-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

seits im Interesse der Kranken, andererseits um den Fliegen die Quelle zu neuen Infektionen nach Möglichkeit zu verstopfen, denn daß bei einer zweckmäßigen Darreichung von Arsenikalien die Trypanosomen aus dem peripheren Blut der Kranken auf längere oder kürzere Zeit verschwinden, unterliegt keinem Zweifel. Wieviel Prozent definitiver Heilungen vorkamen, konnte angesichts der langen Dauer der Krankheitsfälle unter den besonderen afrikanischen Verhältnissen, das ist bei den großen Entfernungen, der Indolenz der Eingeborenen oder ihrem Mißtrauen, nicht festgestellt werden. Schätzungsweise nehmen wir 15 bis 20% Heilungen an; dabei befestigte sich die Ansicht, daß insbesondere ganz frisch infizierte Personen bei sofortiger Behandlung genesen. Doch war die verflossene Zeit für ein abschließendes Urteil zu kurz. Im allgemeinen wurden die Erfolge der medikamentösen Behandlung um so günstiger, je länger die Beobachtungszeit dauerte. Stabsarzt Dr. Breuer, der am Viktoriasee 2 Jahre nach dem Beginn der Behandlung die Sterblichkeit seiner Patienten auf 56% berechnete, fand nach ungefähr dreijähriger Beobachtung bereits eine Mortalität von 70%.

Von Medikamenten bewährte sich wie früher das Atoxyl weitaus am meisten; das Arsenophenylglyzin war zu gefährlich; Farbstoffe zeigten sich wirkungslos. Das Atoxyl wurde in 14tägigen Pausen an 2 aufeinanderfolgenden Tagen in Dosen von je 0,5 g (20% Lösung) subkutan injiziert. Nach 8 Doppelspritzen setzten wir die Kur aus, um sie nach 4 Monaten noch einmal zu wiederholen. Erblindungen wurden bei dieser Art der Anwendung kaum beobachtet. Die Zahl der Behandelten war recht bedeutend. Um möglichst viele Kranke zusammenzubringen, sandten wir nach dem Vorgang von Stabsarzt Dr. Kudicke intelligente Eingeborene als Drüsenfühler aus, die alle Verdächtigen zur nächsten Behandlungsstelle führen sollten. Während außerhalb des Bukoba-Bezirkes früher die Drüsenfühler mit ihren Bestrebungen wenig Glück hatten, trat ein Umschwung ein, seitdem Stabsarzt Dr. Wittrock nach jeder Doppelspritze dem Patienten 8 H. zu zahlen begann. Diese Prämienzahlung ist jetzt fast allgemein üblich.

Dr. Kudicke suchte die therapeutischen Resultate zu verbessern durch intravenöse Anwendung von Natriumantimonyltartrat und Kombinationen der übrigen bekannten Medikamente. Er glaubt gewisse Erfolge erzielt zu haben, aber auch aus seinen Beobachtungen ging unzweifelhaft hervor, daß die medikamentöse Behandlung der Schlafkrankheit allein zum Zwecke der Seuchenbekämpfung in keiner Weise ausreicht, daß auf allgemeine sanitäre Maßnahmen das Hauptgewicht zu legen ist.

Der leitende Gesichtspunkt für uns war, die infektiösen Fliegen zu vernichten oder, wo dies unmöglich, ihnen auszuweichen durch Verlegung der Verkehrswege. So klar die Anweisung scheint, so boten sich doch stets bei ihrer Übersetzung in die Praxis mancherlei Schwierigkeiten. Es bedurfte nämlich einer gewissen Erfahrung, zu beurteilen, ob in dieser oder in jener Gegend die Vernichtung der Glossinen wirklich

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

durchführbar ist oder nicht. Die Häufigkeit und Intensität der tropischen Regen, die besondere Beschaffenheit des Strandes und die Wachstumenergie des Pflanzenbestandes, die Zahl und den Charakter der anwohnenden Bevölkerung galt es richtig einzuschätzen.

Am Viktoriasee besaßen wir nun einen größeren Herd endemischer Schlafkrankheit, das Flußgebiet des Mori. Dieser ist inzwischen saniert. Im Bukobabezirk dagegen handelte es sich lediglich um eingeschleppte Fälle, die allmählich wegstarben. Eins der beiden dortigen Schlafkrankenlager Kishanje konnte geschlossen werden. — Als sich im vergangenen Jahr immer sicherer herausstellte, daß die Seuche am Viktoriasee nicht weiterschritt (vgl. Anlage), erhob sich die Frage, ob lediglich in prophylaktischer Beziehung Abholzungen oder Evakuierungen in größerem Umfange vorzunehmen seien. Die reiche Insel Ukerewe, die einer eventuellen Infektion von Uganda aus am meisten ausgesetzt schien, war bereits seit längerer Zeit nach den Vorschlägen des Bezirksamtmanns Gunzert durch Reinigen des Strandes, Zusammenlegen verschiedener Dörfer, Bildung eines Waldreservats usw. derartig geschützt, daß kein Fall endemischer Schlafkrankheit zur Beobachtung kam. Im Westen des Sees war die Insel Bumbide, auf der die Seuche sich einnisten zu wollen schien, vollständig abgeholzt. Außerdem waren viele Inseln geräumt worden. Um nicht unnötig wirtschaftliche Werte (Waldbestand) zu vernichten und Sanierungsarbeiten zu beginnen, die sich in Zukunft nicht aufrechterhalten lassen, hat das Gouvernement sich entschieden, in der Schlafkrankheitsbekämpfung am Viktoriasee vorläufig eine abwartende Stellung einzunehmen und prophylaktisch nur das absolut Notwendige zu tun. Selbstverständlich werden in den bedrohten Gegenden Bevölkerung und Verkehr auch in Zukunft ständiger ärztlicher Kontrolle unterliegen. Wahrscheinlich stellt es sich heraus, daß der Seuchengang am Viktoriasee ein radikaleres Vorgehen nicht erfordert.

Nachdem am Viktoriasee das Vordringen der Schlafkrankheit zum Stillstand gekommen, lohnt es sich zu untersuchen, ob dies geschehen ist ohne unser Zutun oder infolge unserer Maßnahmen. Ich möchte mich für letzteres entscheiden. Erfahrungsgemäß erlöschen manche Volksseuchen von selbst. Nach unserer Annahme ist dann die Bevölkerung durchseucht, d. i. immunisiert, oder die Erreger haben ihre Virulenz eingebüßt. Beide Vorgänge gehen wohl meist Hand in Hand. Daß bei der Schlafkrankheit von einer Immunisierung der Bevölkerung nicht die Rede sein kann, lehrt die enorme Sterblichkeit der Befallenen. Es bliebe die Möglichkeit, daß die Trypanosomen die Fähigkeit zur Weiterentwicklung in den Glossinen eingebüßt haben. Hiergegen sprechen alle experimentellen Ergebnisse. Auch am Viktoriasee können wir mühelos Fliegen durch Füttern am kranken Menschen in einer so hohen Prozentzahl infizieren, wie wir sie selbst in den verseuchtesten Gegenden unter natürlichen Bedingungen nicht finden. — Unsere Abwehrmaßnahmen also brachten die Seuche zum Stillstand. Bedenkt man aber, wie unvollständig im Grunde genommen alle Maßregeln zur Unterdrückung waren und

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

wie oft unsere Bestrebungen durch die äußeren Verhältnisse oder durch den Unverstand der Eingeborenen gestört wurden, so gelangen wir zu der Anschauung, daß die Schlafkrankheit überhaupt nicht die Tendenz zu einer schnellen Ausbreitung hat, sondern auch unbehindert nur langsam weiterschreitet.

Bei weitem nicht so günstig wie am Viktoriasee ist der Stand der Schlafkrankheitsbekämpfung am Tanganika. Die Schwierigkeiten, die uns hier gegenübertraten, waren um ein Vielfaches größer entsprechend der Ausdehnung der infizierten Küste, die wohl 200 km beträgt. Obwohl eine erhebliche Menge von Detailarbeit bisher geleistet ist, werden noch Jahre vergehen, bevor die Landschaften am nördlichen Tanganika als saniert gelten können. Um die Detailarbeit den beauftragten Europäern zu erleichtern, hat Oberarzt Dr. Eckard die leitenden Gesichtspunkte in einer kurzen Anweisung zusammengestellt, die ich hier folgen lasse: s. Bilder Tafeln I–V

Anhaltspunkte für die praktische Bekämpfung der endemischen Schlafkrankheit:

1. In Gebieten, in denen die Bevölkerung ausreicht, möglichste Vernichtung der Glossina palpalis durch Abholzen, Abschlagen, Abschilfen und Abbrennen.
2. Um Nachwuchs schattenliefernder Vegetation zu vermeiden, Anbau an den sanierten Stellen von Bohnen, Viazi, Erdnüssen usw. (also niedrigen Ackerfrüchten) oder von Mais und Mtama, die nur kurze Zeit hochstehen.

   Bananenhaine brauchen für gewöhnlich nicht niedergelegt zu werden, meistens genügt deren Reinigung. Ebenso genügt bei Ölpalmenwäldern gewöhnlich ein Ausschlagen des Unterholzes usw.; Palmen selbst brauchen nur an Stellen, wo sie sehr dicht stehen, teilweise umgelegt zu werden (später verbrennen).
3. An Sümpfen empfiehlt sich die Anlage von Reiskulturen oder ein Versuch mit dem Anpflanzen von Eukalypten.

   Citronellagras ist für Anpflanzungen an den Steilküsten und für die Abhänge der Flüsse geeignet.
4. Bei Flüssen und Bächen ist nach Möglichkeit mit den Abholzungen oberhalb der Fliegengrenze zu beginnen.
5. In der Regenzeit, in der sich erfahrungsgemäß größere Sanierungsarbeiten nicht durchführen lassen: Freihalten der Übergangs- und Wasserschöpfstellen, ferner der Viehtränken oder Bootsplätze an den Flüssen, Bächen und am Strande.
6. Um die Zahl der Übergangsstellen zu vermindern, Bau von Brücken und Wegen, die stets freizuhalten sind.
7. Prophylaktische Abholzungen usw. an Stellen, an denen bisher keine Glossinen aufgetreten, sind zu unterlassen.
8. In Gegenden, in denen die Bevölkerung zur Durchführung und namentlich auch zur Aufrechterhaltung der Sanierungsarbeiten nicht ausreicht, Evakuation. Denn

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

es ist nicht die Absicht des Gouvernements, auf Jahre hinaus Gelder hierfür zur Verfügung zu stellen.

In diesem Falle müssen aber die Gegenden bis auf weiteres streng gesperrt werden und Wege usw. angelegt werden, die um die Palpalisgebiete herumführen.

9. Zusammensuchen der Schlafkranken durch Drüsenfühler und ihre Behandlung mit Atoxylinjektionen (8 Doppelspritzen in 14 tägigen Pausen). Bei Rezidiven Wiederholung der Kur.
10. Überwachung des Karawanen- und Reiseverkehrs.
11. Fischen und Angeln, ebenso Anlegen und Unterlegen von Booten an Stellen, an denen Glossina palpalis vorkommt, ist zu verbieten. Eventuell sind Boote an unerlaubten Plätzen nach Rücksprache mit den Verwaltungsbehörden fortzunehmen oder zu vernichten.

Nach dieser Anweisung wurde im allgemeinen gearbeitet. Die Resultate waren insofern nicht unbefriedigend, als die Berichte darin übereinstimmten, daß die Sauberhaltung der Ufer des Sees und der Flußmündungen eine geringere Zeit in Anspruch nahm als früher. Die Schilfbewachsung wurde durch das häufige Niederschlagen eine immer dünnere. Die Zahl der am Ufer neu angelegten Schamben mehrte sich. — An der etwa 20 km langen Küste von Kiguena, vier Tagereisen nördlich von Udjidji, gaben wir die Sanierungsarbeiten vorläufig auf. Das schon Geleistete ließ sich nicht aufrechterhalten, denn die Zahl der Anwohner reichte nicht aus. Die Leute haben vorgezogen, ihre gefährdeten Wohnsitze zu verlassen. Da durch Verfügung der lokalen Behörden jeder Stakverkehr für Boote am Tage verboten ist und der frühere Landweg in der Nähe des Ufers weiter ins Innere in eine glossinenfreie Gegend verlegt wurde, so involviert die Küste von Kiguena keine besondere Gefahr.

Sehr zu bedauern ist, daß nach wie vor eine große Zahl unserer Eingeborenen sich im Kongostaat infiziert, wo sie trotz ständiger Belehrung Dienste als Träger tun oder Handelsgeschäfte betreiben. Verhindern können wir es nicht. Ein entsprechendes Verbot würde bei der im ganzen ungefähr 700 km langen Küste des schmalen Tanganikasees undurchführbar sein und nur den Handel von sanierten Landungsplätzen und glossinenfreien Wegen in jetzt unbewohnte Gegenden treiben, wo sich neue Herde endemischer Schlafkrankheit bilden würden. Ob eine Sanierung des Kongostaats in Angriff genommen und in absehbarer Zeit durchführbar ist, entzieht sich bei sehr widersprechenden Nachrichten unserem Urteil.

Anlage 21.

Der Südtanganika ist — von wenig bedeutungslosen Fällen abgesehen — wie früher von Schlafkrankheit freigeblieben. Man geht wohl nicht fehl, wenn man diese erfreuliche Tatsache dem eben erwähnten Bestreben zuschreibt, den Handel zum Kongostaat nach Möglichkeit nicht von den bereits sanierten Wegen abzudrängen. Die Schiffskontrolle beschränkte sich darauf, zu verhindern, daß schlafkranke Eingeborene umherreisen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Auch im verflossenen Etatsjahr beschäftigten sich unsere Ärzte, soweit die praktische Tätigkeit es zuließ, mit der Lösung von wissenschaftlichen Fragen, die für die Bekämpfung der Schlafkrankheit von Wichtigkeit sind. So wurden in verschiedenen Landschaften die Säugetiere auf Trypanosomen untersucht und die Frage studiert, inwieweit Säuger als Reservoirs für Schlafkrankheit in Betracht kommen. Die Arbeiten sind noch nicht beendet und werden fortgesetzt. Besonders bemerkenswert ist, daß es Stabsarzt Dr. Taute wiederholt und mühelos gelang, das Tr. gambiense verschiedener Provenienz durch Gloss. mors. auf Affen zu übertragen. War nach den Erfahrungen mit anderen Trypanosomen und anderen Glossinen die Möglichkeit der Übertragung auch bereits fast als sicher anzunehmen, so gewinnt die vollendete Tatsache doch an praktischere Bedeutung, wo neben den bekannten Fällen von Schlafkrankheit in Rhodesia jetzt auch in unserer Kolonie am Rowuma etwa ein Dutzend Fälle beobachtet wurde, die nicht auf die Gloss. palpal. zurückzuführen sind. — Der Konnex der Schlafkrankheit mit der Gloss. palpal. ist nicht mehr unerschüttert. Die Möglichkeit ist nicht zu leugnen, daß die Seuche von jeder Glossinenart übertragen werden kann und daß wir die Schlafkrankheit gerade um jene Zeit erkannten, als sie im Begriff stand, aus Westafrika und seiner Fauna nach Ostafrika überzutreten. Aber selbst dann können wir den Kampf als aussichtsreich betrachten, denn unsere Erfahrungen am Viktoriasee zeigen, daß der Seuchengang kein schneller, schwer zu dämmender ist. Schwierig, manchmal vielleicht vergebens, wird der Kampf erst, wenn man durch zu geringe Aufmerksamkeit und laxe Maßnahmen der Seuche viele Jahre lang Gelegenheit gegeben hat, festen Fuß zu fassen.

Zugänge an Schlafkranken in den einzelnen Jahren.

	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
Viktoria-See { Schirati . .	456	455	190	38
Viktoria-See { Bukoba . .	949	42	30	12
Tanganika	1 628	2 437	2 196	3 560

Über die in vorstehendem Berichte schon erwähnte Schlafkrankheit am Rovuma in den Bezirken Ssongea und Lindi schreibt Professor Dr. Beck, der in Gemeinschaft mit Oberarzt Dr. Weck die Nachforschungen seit Mitte des Berichtsjahres vornahm, folgendes:

»Im Ssongeabezirk wurde die Schlafkrankheit nachgewiesen bei 2 Frauen des Jumben Mtira, die im August 1911 starben, durch Untersuchung von Blutpräparaten in Daressalam.

Später wurde auf dem rechten Ufer des Sassaware beim Jumben Mtira noch ein weiterer Fall von Trypanosomiasis aufgefunden. Ferner wurden bei dem Jumben Issa 4 Fälle und in Mitomani 8 Fälle von Trypanosomiasis (3 davon aus portugiesischem Gebiet) entdeckt, dazu kam noch 1 Fall aus Kinindi (an der deutsch-portugiesischen Grenze) am Nyassasee, 1 Kranker des Sultans Samtanga

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

(einen Tagemarsch südlich von Ssongea, er hat sich auf portugiesischem Gebiet infiziert) und 1 Polizist, der in Ssongea starb und in dessen Blut Trypanosomen nachgewiesen wurden (er war im August und September v. J. zur Steuererhebung am Mitomoni und oberen Rovuma gewesen).

Im ganzen wurden also festgestellt 19 Fälle von Trypanosomiasis beim Menschen (3 vom Lindi-, 16 vom Ssongeabezirk). 7 davon sind gestorben, 11 sind in Behandlung, 1 in portugiesisches Gebiet entflohen.

Auffallend ist bei allen Kranken das Fehlen bzw. die geringe Vergrößerung der Hals- und Nackendrüsen, so daß man bei der Nachforschung nach Kranken lediglich auf die Untersuchung des Blutes im großen Tropfen angewiesen ist.

Da in der infizierten Gegend Gloss. palpal. nicht vorgefunden wurde, dagegen in reichlicher Menge Gloss. mors., so kann auch nur diese als Überträgerin in Frage kommen.

Die Kranken wurden zunächst in Mitomoni in einem Lager untergebracht, da jedoch in der Regenzeit auch Glossinen in dem Lager gefunden wurden, wurde dieses in die Nähe von Ssongea verlegt und daselbst eine Kontrollstation für die nach der Küste angeworbenen Arbeiter und Träger eingerichtet.

Die Kranken werden mit Atoxyl behandelt. Bei der Mehrzahl derselben wurden aber die Trypanosomen durch die Atoxylbehandlung nicht beeinflußt und konnten bis auf 2 andauernd im Blut nachgewiesen werden; daher wurde neuerdings neben der Atoxylkur eine Quecksilberschmierkur eingeleitet.

Im Lindibezirk wurden 3 Fälle von Schlafkrankheit auf dem linken Ufer des Sassawara bei der Jumbin Kupeni entdeckt. Die Kranken hatten die Gegend seit vielen Jahren nicht verlassen.

Ein weiterer Fall von Schlafkrankheit wurde im Eingeborenenhospital zu Lindi beobachtet. Der vom oberen Rovuma stammende Kranke hatte sich nur einmal kurze Zeit im portugiesischen Gebiete aufgehalten. Trypanosomen waren bei Lebzeiten nicht nachzuweisen. Er starb bald an äußerster Entkräftung. Im Herzblute wurden dann durch Oberarzt Dr. Wolff zahlreiche Trypanosomen nachgewiesen.

5. Wurmkrankheit.

Gegen Ende des vorliegenden Berichtsjahres wurde von einer größeren Reihe von Sanitätsdienststellen auf Anordnung des Medizinalreferats die viel erörterte Frage des Zusammenhanges der Wurmkrankheit mit dem bei den Eingeborenen vielfach üblichen Brauche des Lehm- und Erdeessens einer genauen Untersuchung unterzogen. Zugleich wurden Nachforschungen über den für Deutsch-Ostafrika gültigen Infektionsmodus der Ankylostomiasis angestellt und im Anschlusse daran die hauptsächlichsten Bekämpfungsmaßnahmen erörtert.

Das aus diesen Untersuchungen hervorgegangene Ergebnis ist von Stabsarzt Dr. Peiper in Daressalam in einer Arbeit behandelt, die unter dem Titel »Über den Infektionsmodus der Ankylostomiasis in Deutsch-Ostafrika« im »Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene« 1912, Verlag von I. A. Barth, Leipzig, erschienen ist.

Gleichzeitig wurden die Ergebnisse der obengenannten Untersuchungen den Sanitätsdienststellen und Verwaltungsbehörden des Schutzgebietes bekanntgegeben, die ihrerseits durch Beeinflussung der Pflanzungen und gewerblichen Betriebe den Kampf gegen die in volkswirtschaftlicher Beziehung wichtigste Seuche weitergeführt haben.

Es ist nicht zu verkennen, daß dieser Kampf im vergangenen Berichtsjahre überall mit Erfolg geführt worden ist. Aus allen Be-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

richten ist insbesondere ersichtlich, daß die Zahl der eigentlich Wurmkranken an allen Stellen erheblich abgenommen hat.

Im einzelnen ist folgendes zu erwähnen:

Der Regierungsarzt der Nordbezirke, Oberstabsarzt Dr. Schörnich, berichtet über seine Tätigkeit im ersten Halbjahre des Berichtsjahres folgendes:

»Eine Besserung im Auftreten der Wurmkrankheit scheint langsam aber stetig vor sich zu gehen. Der Prozentsatz an Wurmträgern unter den untersuchten Leuten ging von durchschnittlich 40 % im Halbjahre vorher auf 30 % herunter.

Am meisten befallen waren von den im Berichtsjahre Untersuchten die Leute von Mombo und Umgegend. Hier wurde denn auch verhältnismäßig lange gearbeitet und allen Wurmbehafteten Thymol in der früher angegebenen Form verabreicht.

Die Wambuyu in Westusambara, ein scheues, wenig zahlreiches Gebirgsvolk, welches sich auf die bewaldeten Bergkuppen zurückgezogen hat, und von dem man annahm, es sei infolge seiner Abgeschlossenheit und hohen Lage seiner Ansiedelungen wenig von Ankylostomiasis durchseucht, zeigte überraschenderweise 46 % Wurmträger.

Auf Ankylostomeneier wurde der Stuhl von 4 908 Leuten (ohne die vom Posten Handeni untersuchten) mikroskopisch untersucht.

Hierzu käme noch die Anzahl der auf Wurmkrankheit Untersuchten des Postens Handeni, die rund 4 000 Personen umfaßt.

Eine weitere Maßregel zur Bekämpfung der Wurmkrankheit im Plantagengebiet wäre die Heranziehung von Plantagenleitern bzw. Assistenten zur Untersuchung und Behandlung ihrer Arbeiter.

Meines Erachtens könnte von jeder größeren Plantage ein Assistent sich im Mikroskopieren so weit unterrichten lassen, daß er in der Lage wäre, durch mikroskopische Untersuchung Ankylostomiasis festzustellen. So vorbereitet, wird er nach und nach die ganze Arbeiterschaft untersuchen bzw. behandeln und weiterhin dauernd die neuankommenden Trupps vornehmen können. Auf diese Weise vermag sich jede größere Plantage durch Selbsthilfe (Untersuchung, Behandlung und Belehrung) leicht frei von Wurmkrankheit zu machen.

Die immer wieder empfohlenen hygienischen Maßnahmen in bezug auf Wasserversorgung und Unschädlichmachung des Kotes dürfen dabei selbstverständlich nicht aus dem Auge gelassen werden.

Ich beabsichtige im Laufe des Jahres bei genügender Beteiligung einen wenige Tage dauernden Unterrichtskursus in Amani abzuhalten.«

Aus der relativ geringen Anzahl der in ärztliche Behandlung gekommenen Fälle der Ankylostomiasis läßt sich, wie Stabsarzt Dr. Jungels aus Morogoro schreibt:

»ein Schluß auf die Verbreitung der Seuche im Bezirk nicht ziehen. Ich konnte im Gegenteil auf Reisen feststellen, daß diese Seuche leider im Bezirk und ganz besonders auf den Pflanzungen recht verbreitet ist.

Für die Bekämpfung der Seuche ist bisher so gut wie gar nichts geschehen; es sind auf den Pflanzungen zwar Latrinen gebaut, sie werden aber nur selten benutzt, da hier im Bezirk fast ausschließlich Bezirkseingesessene, von der Kultur noch recht wenig beleckte und im Latrinengebrauch gänzlich unerfahrene und unausgebildete Buschneger und fast gar keine Kontraktarbeiter verwandt werden.

Es wird die Aufgabe des nächsten Jahres sein, die Neger allmählich zum Latrinengebrauch zu erziehen und für die Pflanzungen farbige, in der Erkennung und Behandlung der Wurmkrankheit erfahrene Heilgehilfen auszubilden.«

In Kilossa tritt die Ankylostomiasis sehr wenig auf. Meistenteils sind es durchziehende Leute, die von der Sanitätsdienststelle angehalten und einer Thymolkur unterworfen werden. Die Krankheit scheint nur auf Pflanzungen ihre Verbreitung zu finden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Wurmkrankheit unter der einheimischen Bevölkerung Iringas ist, wie Stabsarzt Dr. Radloff meint, sicherlich nicht in dem Maße verbreitet, wie man früher annahm.

Die Untersuchungen erstreckten sich bisher in der Hauptsache auf Askari, Kompagnieträger, Arbeiter und Europäerboys. Alle diese Leute werden durch ihren Beruf in allen Teilen der Kolonie herumgeworfen und kommen häufig an die Küste. Von den hier untersuchten Wahehe hatte nur ein kleiner Teil Wurmkrankheit und zwar waren dies Kompagnieträger und Askariboys. Im ganzen wurden im letzten Jahr 263 Leute untersucht, von denen 27 mit Wurmkrankheit behaftet waren, also 10,23%.

Bei allen Erkrankten wurde die Thymolkur nach Vorschrift ausgeführt, ohne daß Vergiftungserscheinungen oder starke Beschwerden beobachtet wären. Von 19 behandelten Personen zeigten 3 nach der zweiten Untersuchung noch Eier im Stuhl; bei zweien verschwanden diese nach der zweiten Kur, bei einem Europäer wurden sie auch dann noch gefunden.

Die Untersuchungen werden neuerdings weiter ausgedehnt auf Kettengefangene, Schüler usw.«

Neben Malaria ist die verbreitetste Seuche im Mohorobezirk, wie Oberarzt Dr. Mohn schreibt, die Wurmkrankheit.

Nach Umfragen bei den einzelnen Akiden erstreckt sie sich über alle Teile des Bezirks, vorzugsweise allerdings über die Ortschaften an den Flüssen und am Meere, was wohl mit der Unsitte der Eingeborenen zusammenhängt, am Wasser, wo Schöpf- und Badestelle meist dieselbe ist, ihren Kot abzulegen, sowie mit der Feuchtigkeit des Bodens daselbst, so daß sich die Eier leicht weiterentwickeln können.

Regierungsarzt Professor Dr. Beck fand bei fast sämtlichen wurmverdächtigen Arbeitern der Rufijipflanzung Ankylostomen und berechnet die Zahl der Kranken auf 10—15%. Zieht man in Betracht, daß dies nur Leute waren, die sich selbst krank fühlten oder sichtbare Krankheitszeichen aufwiesen, so ist es wohl nicht zu hoch gegriffen, wenn man die Zahl aller Erkrankten am Rufiji, auch der Wurmträger ohne sichtbare Erscheinungen, auf 20—30% schätzt. In den Matumbibergen auf etwa 5%.

Um die weitere Verbreitung der Wurmkrankheit zu verhindern, werden bei passender Gelegenheit Belehrungen an die Akiden und Jumben erteilt zur Weiterverbreitung an ihre Leute. Auch gelegentlich der Reisen wurden die Eingeborenen belehrt und angehalten, für jedes Haus einen Abort zu bauen und die Fäkalien nicht am Wasser in der Nähe der Bade- und Schöpfstellen abzusetzen.

Die Europäerpflanzungen, bei denen infolge direkten Zusammenlebens und Zusammenarbeitens von Hunderten von Arbeitern die Gefahr der Weiterverbreitung sehr groß ist, haben meist für gute Wohnung, Abortgelegenheit und gutes Trinkwasser, z. B. aus artesischen Brunnen, gesorgt.

Die Bekämpfung der Wurmkrankheit im Bezirk Kilwa wurde, wie Oberarzt Dr. Schönebeck berichtet, im Berichtsjahr in der Weise wie früher gehandhabt.

Sowohl in Kilwa im Hospital wie in den Bezirksnebenstellen Liwale, Tschole und besonders Kibata und in den Akidaten und Jumbenschaften wird Thymol und Kalomel an alle Kranken unentgeltlich abgegeben. Auch auf Dienstreisen wurden vom Vorsteher der Bezirksnebenstelle Kibata in Matumbi Kranke behandelt. In der Art der Verabfolgung trat eine Änderung aus folgenden Gründen ein. Wurmkranke gaben hier auf Befragen häufig an, sie hätten von den Akiden insgesamt nur eine Tablette Thymol erhalten. Hier im Hospital wurde häufig beobachtet, daß Kranke, die nur einen Tag Thymol in 6 Gaben von 1 g erhalten hatten, heftige Beschwerden hatten. Da die Löslichkeit des Thymols im Darm-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sekret annähernd gleich der im Wasser sein dürfte (1:1100), müßte eine unverhältnismäßig große Menge Wasser zugleich mit dem zerstoßenen Thymol eingeführt werden, um das Thymol völlig auszunützen — 6600 g. Das wird aber von den Kranken nicht bewältigt. Es wurde deshalb im Hospital der Versuch gemacht, mit 6 Gaben von 0,5 g Thymol an einem Tage in einstündigen Pausen auszukommen. Die beobachteten Fälle gaben gleich gute Erfolge wie bei der früheren Darreichungsart, die Beschwerden der Kranken waren aber wesentlich geringer. Infolgedessen wurde die Vorschrift für die Nebenstellen und Akiden dahin abgeändert, daß an jedem Behandlungstage nach Eingabe einer Tablette Kalomel 0,3 g in einstündigen Pausen 6 mal 0,5 g Thymol fein gestoßen, danach wieder eine Tablette Kalomel 0,3 g verabfolgt werden sollte. Durch das Bezirksamt wurde diese Vorschrift den Akiden und Jumben eingeprägt und auch im Hospital, sooft Akiden zum Arzneiempfang erschienen, ihnen dahingehende Belehrung erteilt.

Der Regierungsarzt der Südbezirke, Professor Dr. Beck, berichtet über seine Tätigkeit im Bezirke Lindi folgendes:

s. Anlage 23.

„Um einen genaueren Einblick in die Verbreitung der Wurmkrankheit auf einigen größeren Pflanzungen des Lindibezirkes zu erhalten, wurden im Einverständnis mit den Leitern der Pflanzungen sämtliche Arbeiter einer Untersuchung auf Wurmkrankheit unterzogen und bei den Wurmträgern eine Thymolkur eingeleitet. Die hygienischen Maßnahmen in bezug auf Unterbringung der Arbeiter in zweckmäßig gebauten und namentlich gegen Eindringen von Regen geschützten Wohnungen, ferner mit Bezug auf Trinkwasser und Abortanlagen waren schon vorher auf zwei dieser Pflanzungen" (Kikwetu und Pemba) geregelt worden.

Auf der Pflanzung Kikwetu (Ostafrika-Compagnie) wurden die Fäkalien von 523 Arbeitern untersucht und bei negativem Ergebnis die Untersuchung am 2. und 3. Tage wiederholt. Der größte Teil der Arbeiter war schon 4 Monate und länger auf der Pflanzung beschäftigt. Nach dem klinischen Befund waren der Wurmkrankheit verdächtig 138 Arbeiter, bei 107 = 26,5 % wurden Wurmeier gefunden, und zwar durch die 1. Untersuchung bei 91, durch die 2. bei 14 und die 3. Untersuchung bei 2. Der größte Teil der Arbeiter, etwa $^2/_3$, waren Wagoni, die übrigen Wamuera und Wamakonde. Den weitaus größten Prozentsatz an Wurmträgern lieferten die ersteren. Zu diesen Arbeitern kamen einige Wochen später 96 neu angeworbene Wangoni aus der Gegend von Sassawara. Unter diesen waren 76 = 79,6 % Wurmträger, und zwar wurden als solche erkannt bei der 1. Untersuchung 62 = 64,5 %, bei der 2. Untersuchung 11 = 11,4 % und bei der 3. Untersuchung 3 = 3,1 %. Die übrigen wurden noch zum 4. und 5. Mal, aber ohne positives Ergebnis untersucht.

Während sämtliche Wurmträger unter den älteren Arbeitern einer Thymolkur unterzogen wurden, teilte ich die 76 neu eingetretenen Kranken in zwei Gruppen in der Weise, daß 38 Wurmträger mit Thymol behandelt wurden, während die übrigen 38 unbehandelt blieben. Es war nun eigentlich beabsichtigt, in erster Linie die 76 Wurmträger vor ihrer Entlassung im Oktober 1911 noch einmal genau zu untersuchen, vor allen Dingen, ob allein schon durch die auf der Pflanzung durchgeführten hygienischen Maßnahmen ein heilender Einfluß auf die Wurmkranken zu beobachten sei. Infolge meiner Reise in den Ssongeabezirk war es mir aber nicht möglich, diese Leute sämtlich wieder zu untersuchen. Ich hatte aber Gelegenheit, mehrere derselben bei ihrem Rückmarsch nach ihrer Heimat in Tunduru zu sehen. Drei derselben hatten sich meiner Karawane als Träger angeschlossen, so daß ich diese längere Zeit im Auge behalten konnte. Von zehn der so zufällig angetroffenen Leute hatten sechs seinerzeit keine Thymolkur durchgemacht, während vier mit Thymol behandelt worden waren. Nach dreimaliger Untersuchung konnten nun bei einem der Behandelten und bei einem der Unbehandelten Ankylostomeneier nachgewiesen werden, jedoch machten die Leute absolut keinen kranken Eindruck, namentlich war von der charakteristischen Anämie der Wurmkranken nichts zu sehen. Die beiden Wurmträger ließ ich durch den Postenführer in Tunduru noch einer Thymolkur unterziehen. Die drei Wangoni, zwei in Kikwetu behandelt, einer unbehandelt, die sich mir als

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Träger angeschlossen hatten, waren bei wiederholten Untersuchungen frei von Ankylostomeneiern. Nachdem ich im Januar d. J. in Ssongea meine Karawane aufgelöst hatte, gingen auch diese drei in ihre Heimat zurück, und ich hatte sie bis auf einen aus dem Auge verloren, der im April bei der Untersuchung auf der Kontrollstation in Ssongea schwer krank sich einfand; in seinem Kote wurden zahlreiche Wurmeier gleich bei der ersten Untersuchung festgestellt, und er wurde wieder einer Thymolkur unterzogen (er war auch in Kikwetu seinerzeit mit Thymol behandelt worden). Es ist wohl anzunehmen, daß er sich in seiner Heimat erneut infiziert hatte, da er während der 4 Monate, die er meiner Karawane angehörte, frei von Ankylostomen war.

Ein zweiter Sanierungsversuch wurde auf der Pflanzung Naitivi (»Südküste«) bei Lindi angestellt. Hier waren die hygienischen Maßnahmen nicht so gut durchgeführt wie auf Kikwetu, jedoch war für Aborte gesorgt, und das Trinkwasser aus einem nahegelegenen See war von guter Beschaffenheit. Am 30. und 31. Mai 1911 waren unter 230 Arbeitern (Wamakua und Wayao) 79 = 34,4 % Wurmträger (59 = 25,7 % bei der 1., 17 = 7,4 % bei der 2. und 3 = 1,3 % bei der 3. Untersuchung). Drei der Arbeiter hatten neben Ankylostomen noch Bilharzia im Stuhlgang, die Leute (Wayao) stammten aus der Gegend von Massassi und Linsenfelde. Von den Wurmträgern wurden 60 mit Thymol behandelt, 19 blieben unbehandelt. Eine Untersuchung dieser erfolgte 6 Wochen später bei einer Durchreise nach dem Mbemkuru am 17. Juli vergangenen Jahres; dabei wurden bei keinem der mit Thymol behandelten Leute Wurmeier gefunden, dagegen bei 6 der unbehandelten 19 Arbeiter (nach zweimaliger Untersuchung).

84 neuangeworbene Arbeiter aus der nächsten Umgebung von Naitivi zählten 19 = 20,2 % Wurmträger (zweimalige Untersuchung), die sämtlich mit Thymol behandelt wurden, 2 davon waren mit Necator americ. behaftet.

Eine spätere Untersuchung konnte nicht mehr vorgenommen werden, da bald darauf die Arbeiter infolge der Auflösung der Pflanzung entlassen wurden.

Ein dritter Versuch wurde auf der Pflanzung Pemba bei Mikindani (Lindi-Kilindigesellschaft) angestellt. Die hygienischen Maßnahmen betr. Trinkwasserversorgung, Abortanlagen und Unterkunft der Arbeiter auf der Pflanzung sind gute. Es wurden 325 Arbeiter, etwa $^2/_3$ aus Wangoni, der Rest aus Wayao bestehend, untersucht; darunter fanden sich 79 = 24,7 % Wurmträger (70 = 21,9 % bei der 1., 8 = 2,5 % bei der 2. und 1 = 0,3 % bei der 3. Untersuchung). Die Wurmträger wurden sämtlich mit Thymol behandelt.

Die hygienischen Einrichtungen auf den Pflanzungen Kikwetu und Pemba sind sehr gute. Namentlich können die Maßnahmen für die Arbeiterfürsorge in Kikwetu als mustergültig bezeichnet werden. Die Wasserversorgung in Kikwetu geschieht durch einen Staureservoir, in das das Wasser eines nahe gelegenen Baches gesperrt wird. Menschliche Ansiedlungen sind von dem Bach, der auch während der Trockenzeit reichlich Wasser führt, so weit entfernt, daß das Wasser nicht verunreinigt werden kann. Von dem Reservoir geschieht die Verteilung des Wassers nach den Wohnungen der Europäer, Eingeborenen sowie zerstreut auf der weit ausgedehnten Pflanzung. Es ist beabsichtigt, das Wasser zur Vorsorge noch durch ein Filterwerk gehen zu lassen.

In Pemba sind Tiefbrunnen angelegt, die ein einwandfreies Wasser liefern; einer der Brunnen ist 37 m tief.

Die Arbeiter sind auf beiden Pflanzungen in Dörfern, die an den verschiedenen Teilen der Pflanzung angelegt sind, in Lehmhütten untergebracht, und zwar so, daß jede Hütte, die eine oder zwei Familien (im letzten Falle getrennt) beherbergt, eine gesonderte Abortanlage enthält. Besondere Aufseher werden für die Ordnung und Reinlichkeit in den Dörfern und Häusern verantwortlich gemacht und haben namentlich darauf zu achten, daß das umliegende Gelände nicht verunreinigt wird.

Auf meiner Reise durch den Lindibezirk fand ich zunächst in Tendaguru unter 247 von der Tendaguru-Expedition beschäftigten Arbeitern (meist Wayao und Wangoni) 91 = 37 % Wurmträger (bei der ersten Untersuchung). Die Leute brachten wohl meist den Keim der Krankheit mit aus ihrer Heimat.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

jedoch waren die Wasserversorgung und die Wohnungen der Besserung bedürftig. Das Wasser mußte etwa 7 km weit aus dem Flusse geholt werden, war trübe und schlammig. Die Hütten bestanden fast ausschließlich aus Schilf, und die Bewohner waren der Witterung und dem Regen ausgesetzt. Abortanlagen waren überhaupt nicht vorhanden. Da, wie ich erfahre, die Grabungen noch weiter fortgesetzt werden, muß vor allem auf eine Verbesserung der Wohnungen eingewirkt werden. Die Anlage von Aborten habe ich seinerzeit angeordnet; es wurde mir auch von dem damaligen Leiter der Expedition in Aussicht gestellt, daß die Herstellung der Aborte nach meiner Angabe alsbald in Angriff genommen werden soll. Auch eine Verbesserung der Trinkwasserverhältnisse muß angestrebt werden; inzwischen soll den Arbeitern nur abgekochtes Wasser verabreicht werden.

Eine starke Verbreitung der Wurmkrankheit fand ich im Hinterland des Bezirkes, so namentlich in Tunduru und dessen nächster Umgebung sowie auf dem Wege von Tunduru nach Sassawara. In Tunduru waren 50,6% der untersuchten Eingeborenen Wurmträger, in Ligoma 45,7%, in Libeho 43,3% und in Sassawara 38,1%.

Tunduru ist die Durchgangsstation der Träger von Ssongea nach Lindi. Es wohnen daselbst auch eine größere Anzahl von Wangoni, die vor 2 Jahren aus dem portugiesischen Gebiet wieder zurückgewandert sind. In dem Dorfe sind Aborte in einer größeren Anzahl von Häusern vorhanden und sollen jetzt bei sämtlichen Hütten angelegt werden. Eine ergiebige Wasserschöpfstelle befindet sich etwa 5 Minuten außerhalb des Dorfes am Tundurubach. Um eine Verunreinigung des Wassers an dieser Stelle zu verhindern, habe ich an der Entnahmestelle eine etwa 1/2 m hohe Umzäunung herstellen lassen und für das Baden und Waschen etwa 10 Minuten weiter unterhalb am Bach einen geeigneten Platz ausgesucht und hergerichtet. Die Boma bei Tunduru schöpft das Wasser aus dem Tundurubach etwa 1/4 Stunde oberhalb des Dorfes. Auch diese Stelle wurde mit einer 1/2 m hohen Umzäunung eingefaßt. Das Wasser des Baches ist hier klar.

Während die Einwohner des Dorfes sehr verseucht sind, wurden unter den 28 Askari nur 3 Wurmträger gefunden, unter 24 Askarifrauen 8 und unter 21 Askarikindern 3.

Auch Lamesale, gleichfalls ein Durchgangspunkt für den Trägerverkehr aus dem Ssongeabezirk, ist mit 27% Wurmträgern als ziemlich stark verseucht anzusehen. Das Dorf besteht aus zwei Jumbenschaften, hat keine Abortanlagen, das Wasser wird aus Wasserlöchern entnommen und ist milchig und trübe. Der Postenführer in Tunduru wurde von mir angewiesen, auch hier in sämtlichen Häusern Abortanlagen herstellen zu lassen. Die Wasserverhältnisse werden sich aber, da wenig Wasser vorhanden, zunächst kaum bessern lassen.

Auf der Straße von Sassawara nach Luisenfelde, die fast überall dem Laufe des Rovuma folgt, sind eine Anzahl teilweise stark bevölkerter Ortschaften teils unmittelbar am Rovuma gelegen, teils im Pori 1—4 Stunden vom Flusse entfernt. Die Wurmkrankheit ist auch hier überall stark verbreitet; so fand ich z. B. beim Jumben Halifa 28,8% Wurmträger, beim Jumben Kanjunda (Lukumbule, etwa 4 Stunden landeinwärts vom Rovuma) 48,3%. Dort wird das Wasser aus dem nahen Rovuma, der hier langsam fließt, in Lukumbule aus einem nahen Bache geholt. Aborte sind in sämtlichen Ortschaften am Rovuma noch nicht angelegt. In Lukumbule sollen vom Mai bis Oktober 1910 etwa 40 Leute an Durchfall gestorben sein, und zwar Männer, Frauen und Kinder in gleichem Verhältnis.

Auch hier wurde wie in sämtlichen anderen Dörfern die Anlage von Aborten angeordnet und der Postenführer in Tunduru mit der Kontrolle der Anordnung beauftragt. Die Wasserstelle in Lukumbule wurde etwas mehr bachaufwärts, wo ein stärkeres Gefälle sich befindet, verlegt und zum Schutze gegen eine Verschmutzung mit einem Verhau umgeben.

In mehreren Dörfern, wie in Ligohoro und Minjabu (Sultan Mtarika), wurden neue und gut zugängliche Wasserstellen in der Nähe von rasch fließenden Gewässern angelegt, die bei einer späteren Besichtigung ein klares und einwandfreies Wasser lieferten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

s. Anlage 23

Über die Wurmkrankheit im Bezirk Ssongea schreibt Professor Dr. Beck:

In dem Ssongeabezirk hat sich nach einer Mitteilung des Bezirksamtes die Wurmkrankheit erst in den letzten Jahren ausgebreitet. Vor 6 Jahren war die Seuche noch unbekannt. Seitdem aber die Wangoni ihren Bezirk verlassen, um als gesuchte Arbeiter auf den Pflanzungen, bei dem Bahnbau usw. sich ihren Verdienst zu suchen, ist die Seuche durch die zurückkehrenden Arbeiter von der Küste her in diesen Bezirk eingeschleppt worden und hat sich innerhalb weniger Jahre ganz erschreckend verbreitet.

Auf dem Weg von Sassawara nach Ssongea, der nur an wenigen kleinen Ortschaften vorbei meist durch Pori führt, sind die Wasserverhältnisse überall besserungsbedürftig; auch an Aborten fehlt es überall in den Dörfern. Bei dem Jumben Mtira in Sassawara waren 57 % der Bewohner Wurmträger, beim Jumben Issa und Makarani 26,7 und 26,8 %. Die 2 und 3 Tagemärsche von Ssongea entfernt liegenden Ortschaften Muhuga und Likondo weisen 50 % und 58,8 % Wurmträger auf. Nach Rücksprache mit dem Bezirksamt Ssongea sollen in allen diesen Ortschaften jetzt Aborte angelegt werden. Beim Jumben Mtira habe ich selbst seinerzeit die Anlage von Aborten angeordnet und auch einen Brunnen, der sehr verschmutzt war, tiefer graben, mit einem Verhau aus Baumstämmen und Steinen schützen und mit einem etwa 1 m über dem Brunnen sich erhebenden Dach bedecken lassen.

Im Ort Ssongea sind jetzt in sämtlichen Häusern Aborte angelegt worden, und drei bedeckte ausgemauerte Brunnen liefern zu jeder Tageszeit ein wirklich vorzügliches Wasser. Es ist daher zu hoffen, daß die Zahl der Wurmträger, die im September 1911 24 % der Bevölkerung betrug, jetzt, nachdem eine Kontrolle der Träger und Arbeiter seit Anfang Januar d. J. eingerichtet ist, sich vermindert und damit auch die Gefahr der Verschleppung der Infektionskeime in Ssongea geringer wird.

Nebenbei müssen aber namentlich in den kleinen Dörfern in der Nähe von Ssongea, die die Mehrzahl der Träger und Arbeiter stellen, Nachforschungen nach Wurmträgern angestellt und Aborte angelegt werden. Denn die Gefahr einer Neuinfektion für die in ihre Heimatdörfer von der Küste zurückkehrenden geheilten Arbeiter und Träger ist eine große und muß daher möglichst beseitigt werden. Es geht dies hervor aus einem Beispiel, das ich an einem früheren Arbeiter von der Küste erlebte, der von dort vollkommen gesund zurückgekehrt war, 4 Monate mir Trägerdienste leistete und dann in sein Heimatdorf zurückkehrte. Aus diesem kam er 3 Monate später nach Ssongea, wo er sich wieder als Arbeiter für die Küste hatte anwerben lassen, schwerkrank als Wurmträger und wurde auf der Kontrollstation einer Thymolkur unterworfen.

Während einer späteren Reise im Ssongeabezirk im Februar und März v. J. nach Upangwa und dem Nyassasee war es mir nicht möglich, genauere Nachforschungen nach Wurmträgern anzustellen, da mich diese Untersuchungen zu sehr von meiner eigentlichen Aufgabe, den Feststellungen über die Verbreitung der Schlafkrankheit, abgezogen hätten. Jedoch schätze ich die Zahl der Wurmkranken auf der Strecke von Ssongea nach Gombiro auf etwa 10 %; in den Upangwabergen ist die Krankheit anscheinend selten, und auch am Nyassasee scheint nur ein geringer Teil der Bevölkerung wurmkrank zu sein. Auf dem Wege von Wiedhafen nach Ssongea nimmt die Zahl der Kranken offenbar wieder etwas zu.

Die starke Verbreitung der Wurmkrankheit in den Südbezirken und im Ssongeabezirk erfordert energische Maßregeln, um die Seuche einzudämmen und zurückzudrängen. Im folgenden seien nur einige Leitsätze aufgestellt, die für die Bekämpfung in erster Linie in Betracht kommen.

In den verseuchten Gegenden haben unverzüglich die notwendigen hygienischen Maßnahmen einzusetzen: Anlage von zweckmäßigen Aborten in der Nähe jeder Hütte, Versorgung der Eingeborenen mit gutem Trinkwasser, jedenfalls müssen die Wasserstellen durch eine Umzäunung von Holz oder Stein vor Verunreinigung geschützt sein, Trennung der Trinkwasserschöpfstellen von Bade- und Waschplätzen; ferner muß darauf geachtet werden, daß die Hütten der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eingeborenen wasserdicht gebaut sind, und daß sie stets reinlich im Innern und um das Haus herum gehalten werden.

Wenn irgend möglich, ist den Eingeborenen Gelegenheit zum Baden zu geben; den Jumben ist zur Pflicht zu machen, darauf zu achten, daß diese Maßregeln eingehalten werden, auch sind die Jumben öfters durch Europäer zu kontrollieren. In den verseuchten Gegenden sind die Jumben zur Anzeige der Todesfälle an das Bezirksamt oder an die Bezirksnebenstelle verpflichtet.

An den Karawanenstraßen ist für geeignete und gute Wasserstellen zu sorgen, womöglich an fließendem Wasser; auch hier sind die Wasserstellen zu umzäunen; an anderen flußabwärts gelegenen Stellen ist für eine besondere Wasch- und für eine besondere Badestelle zu sorgen. Ferner sind an den Karawanenstraßen auf den gebräuchlichen Lagerplätzen Aborte anzulegen. Die Scheu, die Aborte zu benutzen, ist nach meiner Beobachtung bei den meisten Eingeborenen, wenigstens bei den Männern, geschwunden, und wenn den Eingeborenen Gelegenheit gegeben wird, Aborte zu benutzen, so ziehen sie sie dem freien Felde vor. Auch hier haben die Jumben der benachbarten Ortschaften dafür Sorge zu tragen, daß die Wasserstellen und Abortanlagen stets in gutem Zustande sich befinden; sie sind durch durchwandernde Europäer zu kontrollieren.

In verseuchten Ortschaften hat der Arzt womöglich sämtliche Wurmträger festzustellen und, vorausgesetzt, daß die Gefahr einer späteren Reinfektion durch Anlage von Aborten und durch Versorgung mit gutem Trinkwasser vorgebeugt ist, die Wurmträger mit Thymol zu behandeln.

Für die angeworbenen Träger und Arbeiter sind Kontrollstationen zu errichten, und zwar sowohl an den Abgangsorten wie auch an den Arbeitsstätten (Pflanzungen, Bahnbau usw.); auf den Abgangsstationen sind die der Wurmkrankheit verdächtigen Träger und Arbeiter an zwei aufeinanderfolgenden Tagen auf Wurmeier zu untersuchen; die Wurmträger sind zu isolieren und mit Thymol zu behandeln. Nach Beendigung der Thymolkur ist der Kranke womöglich noch einmal zu untersuchen und bei positivem Befunde von Wurmeiern erneut zu behandeln.

Die Isolierung erfolgt in einem besonderen Lager, wobei auf gute und gesunde Lage zu sehen ist und für gutes Trinkwasser und für Aborte gesorgt ist. Die Unterkunftsräume für Männer und für Frauen sind zu trennen, auch die Aborte für beide Geschlechter. Für Wasch- und Badegelegenheit ist tunlichst Sorge zu tragen.

Nach Beendigung der Thymolkur sind die Kleider zu wechseln und zu sonnen.

Wenn auch die Thymolkur vielleicht nur vorübergehend wirksam ist, so wird doch immerhin auf dem Wege nach der Küste die Verbreitung der Keime dadurch wesentlich verringert werden.

Auf den Pflanzungen sind die neu angeworbenen Arbeiter nach ihrer Ankunft zunächst zu isolieren, jedenfalls nicht gleich mit den älteren Arbeitern zusammenzulegen. Wenn es irgendwie möglich ist, sind die Verdächtigen auf Wurmeier zu untersuchen. Ein Europäer sollte auf jeder Pflanzung in Untersuchung auf Ankylostomeneier unterrichtet sein.

Die Wurmträger sind womöglich in einem gesonderten Raum (Krankenraum, der auf keiner Pflanzung fehlen sollte) unterzubringen, mit Thymol zu behandeln und stets im Auge zu behalten und später wieder gelegentlich einmal zu untersuchen bzw. in Behandlung zu nehmen.

Die Anlage von zweckmäßigen Aborten, geeigneten Wohnungen, gute Wasserversorgung auf den Pflanzungen, Sorge für Reinlichkeit der Hütten und der Bekleidung der Arbeiter muß als selbstverständlich vorausgesetzt werden, um die obengenannten Maßregeln mit Erfolg durchführen zu können.

Zur Feststellung über die Verbreitung der Schlafkrankheit wurde in Ssongea eine Kontrollstation errichtet, die zu gleicher Zeit auch benutzt wurde, um für die Küste angeworbene Träger und Arbeiter auf Wurmkrankheit zu untersuchen. Von Ende Januar d. J. bis Mitte Mai wurden im ganzen 3 533 Eingeborene der Kontrollstation zugeführt; außerdem hatten sich eine große Zahl Eingeborener freiwillig untersuchen lassen. Von den der Wurmkrankheit Verdächtigen wurde

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

der Stuhlgang an zwei aufeinanderfolgenden Tagen untersucht. Auf diese Weise wurden 517 = 16 % Wurmträger festgestellt. Außer Namen usw. wurde auch die Heimat des Kranken notiert. Die Wurmträger wurden in einem etwa 10 Minuten außerhalb Ssongeas gelegenen Lager isoliert und einer Thymolkur unterzogen. Nach Beendigung der Kur (6 g Thymol pro Kopf an 2 Tagen mit einem Zwischenraum von 5 Tagen) wurden die Leute noch einmal untersucht und, falls sie frei von Wurmeiern waren, nach gründlicher Reinigung ihres Körpers und der Kleider entlassen, andernfalls einer erneuten Thymolkur unterzogen.

Die Einrichtung hat sich gut bewährt, und unter den Isolierten sind keine Ausschreitungen vorgekommen. — Siehe auch Anlage 23.

Aus Bismarckburg schreibt Stabsarzt Dr. Stolowsky:

Wurmkranke finden sich meist nur in den Stranddörfern. Größeren Umfang hat die Krankheit nur in Utinta gewonnen. Gefährdet waren speziell auch die großen geschlossenen Dörfer von Karema und Kirando, zumal dort die unglaublichsten Zustände in bezug auf Latrinenhygiene bestanden. Mir ist es seither mit Hilfe der Missionen gelungen, die Bewohner der genannten Ortschaften zur Anlage von Hauslatrinen zu veranlassen, deren Instandhaltung und Benutzung bei meinem jeweiligen Aufenthalt kontrolliert wird. Für die Bekämpfung der Krankheit wirkt der Umstand günstig, daß Brunnenanlagen oder Wasserlöcher, die verseucht werden könnten, nicht existieren, da bei weitem die meisten Stranddörfer ihren Wasserbedarf direkt dem See entnehmen. Die Wasserschöpfstelle entspricht in der Regel auch der Bootslandungsstelle. Diese habe ich eigentlich immer frei von Faeces gefunden. Über die Art, wie die Krankheit hier Eingang gefunden hat, ist schwer etwas Sicheres zu sagen. Es hat den Anschein, als ob sie schon lange an der Küste endemisch ist, ohne je, dank der günstigen Trinkwasserverhältnisse, großen Umfang gewonnen zu haben. Sie ist unter dem Namen »Mbamba« den Wafipa am See wohl bekannt.

Oberarzt Dr. Petzold berichtet aus Muansa:

In der Stadt Muansa und seiner nächsten Umgebung ist unter der eingeborenen Bevölkerung eine endemische Verseuchung von über 17 % nachgewiesen, und es sind der Bedeutung der Seuche entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet worden. Am Nordwestausgang und an der ganzen Südküste des Spekegolfes wurde unter der dort wohnenden eingeborenen Bevölkerung eine endemische Verseuchung mit Wurmkrankheit von durchschnittlich 6,34 % gefunden, während die landeinwärts gelegenen Gebiete infolge ihrer größeren Trockenheit nord westlich des Spekegolfes sich bis auf eine einzige Ausnahme als völlig wurmkrankheitsfrei erwiesen.

Gelegentlich der Reise des Stationsarztes nach Ikoma und zurück nach Muansa wurden an folgenden Orten an Kindern im Alter von 1—8 Jahren Untersuchungen über endemische Wurmkrankheit angestellt:

Guta	97	(4 pos.) =	4,12 %,
Ikisu	39	(0 ») =	0,00 %,
Nyagusi	44	(0 ») =	0,00 %,
Sasagwe	49	(0 ») =	0,00 %,
Ikoma	19	(0 ») =	0,00 %,
Kitungi	120	(0 ») =	0,00 %,
Movumero	46	(1 ») =	2,17 %,
Handayeka	69	(0 ») =	0,00 %,
Nyatwale	19	(1 ») =	5,26 %,
Kalemera	48	(3 ») =	6,25 %,
Nassa	100	(8 ») =	8,00 %,
Mwamangiri	49	(6 ») =	12,24 %,
Nyambiti	63	(0 ») =	0,00 %,
Simiyu	39	(3 ») =	7,69 %,
Kahangala	24	(1 ») =	4,16 %,
Yanguge	110	(10 ») =	9,09 %,
Udiora	60	(4 ») =	6,66 %,
Summe	995	(41 pos.) =	4,12 %.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Inlandsgebiete mit durchschnittlich heißem und trockenem Klima sind von einer endemischen Verseuchung mit Wurmkrankheit (mit Ausnahme des einen positiven Befundes in Muvumero) verschont geblieben; dagegen sind die Küstenpartien durchschnittlich mit 7—8 % verseucht.

Die Untersuchung auf Wurmkrankheit beim Posten Ikoma ergab ziemlich das gleiche Resultat wie in Muansa. Untersucht wurden 36 Askari, 3 Signalschüler, 29 Askariweiber, 4 Askarikinder und 20 Askariboys:

I. Postenbesatzung (39).

a) Wurmkrankheit	6 =	15,38 %,
b) Bilharzia	2 =	5,12 %,
c) Strong. sterc.	1 =	2,56 %,
d) Trich. trich.	3 =	7,69 %,
e) Spulwurm	6 =	15,38 %.

II. Askariweiber (29).

a) Wurmkrankheit	6 =	20,68 %,
b) Bilharzia	2 =	6,89 %,
c) Strong. sterc.	1 =	3,44 %,
d) Trich. trich.	1 =	3,44 %,
e) Spulwurm	4 =	13,78 %.

III. Askarikinder (4).

a) Wurmkrankheit usw.	0 =	0,00 %.

IV. Askariboys (20).

a) Wurmkrankheit	2 =	10,00 %,
b) Spulwurm	4 =	20,00 %,
c) Bandwurm (Taen. sol.)	1 =	5,00 %.

Die Untersuchung von 19 Kindern aus dem Eingeborenendorf verlief ergebnislos, so daß man annehmen kann, es handelt sich bei den gefundenen Wurmträgern (klinische Erscheinungen bot keiner der Infizierten!) um Infektionen von der Küste und von Muansa. Bei den aufgefundenen Wurmträgern wurde sofort eine Thymolkur eingeleitet, die in Pausen von 14 Tagen noch zweimal wiederholt werden soll, da der Erfolg der Abtreibungskur nicht durch das Mikroskop kontrolliert werden kann. Eine genaue Anweisung für die Thymolkur ist dem Postenführer hinterlassen worden.

6. Lepra.

Eine Darstellung der Entwicklung und des augenblicklichen Standes der Leprabekämpfung in Deutsch-Ostafrika hat Stabsarzt Dr. Peiper auf Grund einer Rundfrage und von Berichten der einzelnen Sanitätsdienststellen gegeben in seiner Arbeit »Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika« (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1912, Verlag von J. A. Barth, Leipzig).

Eine Nachweisung über die Zahl der Lepraheime und Lepradörfer Deutsch-Ostafrikas und ihrer Insassen enthält Anlage 20.

Anlage 20.

7. Typhus.

In Wilhelmstal wurden vereinzelte Fälle von Typhus unter den Eingeborenen des Bezirkes festgestellt. Vereinzelte Fälle unter Farbigen wurden noch an der Gleisspitze der Usambarabahn beobachtet, die im Hospital der Bauleitung zu Same Aufnahme fanden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Tanga wurden 4 Fälle von Typhus bei aus dem Hinterlande stammenden Pflanzern beobachtet.

In Daressalam brach in der Benedektinermission eine Typhusepidemie aus; eingeschleppt wurde hier die Seuche durch einen aus Ostasien zugereisten Ordensgeistlichen. In der Folge erkrankte auch eine Anzahl Farbiger. Ein in der Stadt vereinzelt gebliebener Fall betraf eine Europäerfrau, die ihre Milch aus der Mission bezogen hatte. Die Erkrankungen im Missionshause waren auf Kontaktinfektion zurückzuführen.

Auch in Morogoro ereigneten sich wieder Typhusfälle. Stabsarzt Dr. Jungels berichtet:

Die Typhusbekämpfung hängt auf das innigste mit der Wasserversorgung und dem Abfuhrwesen zusammen. Solange diese nicht vollkommen einwandfrei geregelt sind, wird auch in Morogoro der Typhus nicht aussterben.

Im Berichtsjahr wurde von der Plantage Greiz eine allen hygienischen Ansprüchen genügende Sodawasserfabrik errichtet, welche den Europäern schmackhaftes, völlig einwandfreies Sodawasser liefert. Diese Einrichtung hat die Typhusmorbidität der Europäer auf 6 Fälle im Berichtsjahr gegen 13 Fälle im Vorjahre herabsinken lassen.

Unter den Farbigen kommt der Typhus wohl häufiger vor als man annimmt und wird immer wieder zur Ansteckungsquelle für den Europäer.

8. Ruhr.

Diese Krankheit ist, wie Stabsarzt Dr. Wünn berichtet, seit jeher im Bezirk Moschi endemisch verbreitet und verlangt stets größere Opfer unter den Eingeborenen. Europäer starben im Berichtsjahre nicht daran, die Erkrankten brauchten aber lange Zeit zur Genesung.

Die Verbreitung der Krankheit geschieht wohl stets durch das Wasser. Die Eingeborenen trinken das Wasser aus den Bewässerungsgräben der Bananenhaine und der Felder, in denen sie auch ihren Kot absetzen. Dieses Wasser führt also wohl viele Krankheitskeime mit sich und dürfte eigentlich überhaupt nur zu Bewässerungszwecken benutzt werden. Aber gutes Wasser muß oft weit hergeholt werden, und so siegt denn die angeborene Trägheit über die Bedenken, die das bessere Wissen bereitet. Denn an Belehrungen hat es niemals gefehlt, und die Leute wissen jetzt, wenigstens in der Gegend der Station und wohl auch der Missionen, daß man kein unreines und ungekochtes Wasser trinken soll. Das gilt übrigens nicht nur für die Farbigen, auch Europäer handeln nicht besser. Wenn die Krankheit dann zum Ausbruch gekommen ist, tun sie sehr verwundert, wenn man sie darauf hinweist, daß sie ungekochtes Wasser getrunken hätten, und man bekommt stets die Antwort: »Ja, aber wir haben doch unser Wasser noch niemals gekocht«. Das Trinkwasser der Beamten wird daher stets gekocht und filtriert, und so ist denn unter diesen auch keine Ruhrerkrankung im Berichtsjahre vorgekommen.

Das über die Typhusbekämpfung Gesagte gilt, wie Stabsarzt Dr. Jungels aus Morogoro schreibt, in gleicher Weise für die Ruhr. Der Genuß des Sodawassers aus der Plantage Greiz hat die Ruhr-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

morbidität der Europäer von 11 Fällen im Vorjahr auf 4 Fälle im Berichtsjahre herabsinken lassen.

Während des Berichtsjahres wurde, wie Stabsarzt Dr. Schumacher schreibt, mehrfach aus dem Bezirk Mahenge gehäuftes Auftreten von Ruhr gemeldet. Durch Entsenden farbiger Hilfskräfte, welche die Weisung hatten, die Kranken zu isolieren und durch Anlage zweckmäßiger Latrinen für Beseitigung der Ausleerungen zu sorgen, gelang es, eine weitere Verbreitung zu verhüten und die bestehenden Seuchenherde zum Verschwinden zu bringen. Durch Abkochen des Trinkwassers der Kettengefangenen wurden die Zugänge an Ruhr unter diesen vermindert.

Stabsarzt Dr. Penschke berichtet, daß Ruhrfälle nicht allzuhäufig in Behandlung gekommen seien. Die Krankheit ist aber, wie er bemerkt, in Usumbura selbst wie in der Umgebung verbreitet, doch wohl nicht in solchem Umfange wie in anderen Bezirken.

Amöben- wie Bazillenruhr ist, wie Stabsarzt Dr. Neubert berichtet, fast überall im Bezirk Bukoba endemisch. Wie in früheren Jahren, so traten auch im Berichtsjahre einige Male kleine Epidemien auf, die jedoch in kurzer Zeit erfolgreich bekämpft werden konnten. So wurde im Juli und August 1911 in der Landschaft Karagwe epidemisch Amöbenruhr beobachtet, die in den zwei Monaten 17 Todesfälle verursachte; ferner brach im November im Sultanat Kyanya eine kleine Bazillenruhrepidemie aus, der im ganzen sieben Leute erlagen von etwa 25 Erkrankungen = 28 %.

Im Februar 1912 traten in Kyanya wiederum ruhrähnliche Erkrankungen, vergesellschaftet mit anderen Krankheiten wie Wurmkrankheit, Rückfallfieber und Lungenentzündung, auf.

9. Rückfallfieber.

Über Rückfallfieber in den Bezirken Lindi und Ssongea schreibt der Regierungsarzt der Südbezirke, Professor Dr. Beck:

Rückfallfieber ist im Lindibezirk anscheinend im Zunehmen begriffen, namentlich auf dem Wege von Lindi nach Lukuladi und Massassi.

In Noto, auf dem Wege vom Lutambasee nach Tendaguru, fand ich in dem dortigen Rasthaus zahlreiche Ornithodoren. Zwei Europäer der Tendaguruexpedition, die in dem Rasthaus übernachtet hatten, waren an Recurrens erkrankt, und neuerdings teilte mir ein Europäer in Lindi brieflich mit, daß er sich dort mit Recurrens infiziert habe. Da die Rasthütte und die noch aus der Aufstandszeit stammenden Askarihütten schon dem Zerfall nahe sind, so hatte ich beim Bezirksamt Lindi den Antrag gestellt, die Hütten und das Rasthaus in Noto abzubrechen.

Ziemlich verbreitet fand ich das Rückfallfieber in der Stadt Ssongea selbst, wo ich 15 Eingeborene mit typischem Rückfallfieber und zum Teil mit zahlreichen Spirillen im Blut behandelte.

Auf der Straße von Ssongea nach Wiedhafen sollen, wie man mir in Ssongea versicherte, Rückfallfieberzecken vorkommen. Ich selbst hatte keine gesehen, trotzdem ich die Rasthütten danach untersuchte und meine farbigen Gehilfen danach suchen ließ.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Am Nyassa behandelte ich sechs Eingeborene des Jumben Likesso an Recurrens (sämtliche hatten Spirillen im Blut). Aus mehreren Hütten wurden mir auch durch meine farbigen Gehilfen Zecken gebracht, jedoch fand ich keine von 20 infiziert.

Auffallend war bei sämtlichen Kranken am Nyassa das Vorkommen von schweren Augenentzündungen (Iritis und Hypopyon) im Verlauf der Krankheit. Jedoch gingen diese Affektionen der Augen auf eine Quecksilberschmierkur auffallend rasch zurück. Auch das Fieber selbst sah ich in mehreren Fällen nach Einreibungen von 3—5 g grauer Salbe auf die Haut meist nach 3—4 Tagen ohne Rückfälle verschwinden.

In Mpapua wurde Rückfallfieber in 38 Fällen bei Eingeborenen beobachtet. Die Rückfallfieberzecke kommt in Mpapua selbst sowie im ganzen Bezirk vor. In dem Festungsgebäude in Mpapua selbst sind alle zu ebener Erde gelegenen Räume damit verseucht; alle Versuche, sie zu vernichten, sind bisher gescheitert.

Eine fast größere Verbreitung wie die Anophelesmücke hat, wie Stabsarzt Dr. Radloff aus Iringa schreibt, die Ornithodorus moubata im Bezirk. Mit ihr sind nicht nur die Ortschaften an den größeren Karawanenstraßen fast durchweg verseucht, sondern auch die Ortschaften sehr wenig bevölkerter Gegenden mit sehr geringem Verkehr wie in Niam-Niam und im Utschungwegebirge.

In Iringa selbst sind bisher immer nur vereinzelte Zecken gefunden, und zwar nur in Eingeborenenhütten. Die Markthalle ist frei, ebenso die Askarihütten und die Festung Iringa.

»Die hier behandelten 14 Kranken haben sich in der Mehrzahl der Fälle auf Reisen infiziert. Ich selbst habe bisher bei den Einheimischen nur leicht verlaufende Fälle gesehen, und selbst dann, wenn die Präparate reichliche Spirillen aufwiesen, war am nächsten Tage bereits Temperaturabfall eingetreten. Auch die allgemeinen Krankheitserscheinungen sind nicht sehr schwerer Natur«.

An Rückfallfieber erkrankten, wie Stabsarzt Ullrich aus Tabora berichtet, 7 Europäer, darunter 2 Gouvernementsangehörige, in 3 Fällen mit Regenbogenhautentzündung als Folgeerscheinung.

Das Rückfallfieber ist in Tabora endemisch.

Wie leicht die Verschleppung der Rückfallfieberzecken vor sich geht, beweisen 2 Fälle, die ich in diesem Monat zu beobachten Gelegenheit hatte:

Der eine Fall betrifft einen Arbeiteranwerber, der sich schon seit einigen Wochen in Tabora aufhält und abseits von allen Eingeborenenhütten in seinem Zelte wohnt. 10 Tage vor Ausbruch seiner Erkrankung hatte unter dem Baum, unter welchem sein Zelt stand, eine Anzahl seiner am Abend angekommenen Träger geschlafen.

Im zweiten Falle war ein Angestellter der Deutsch-Ostafrikanischen Gesellschaft erkrankt, der in einem Steinhause mit zementiertem Boden, in dem Zecken keinen Unterschlupf finden können, wohnt. Auf seiner Baraza werden gewöhnlich Lasten, die mit Trägern aus dem Innern hergebracht werden, aufbewahrt.

In beiden Fällen sind die Überträger des Rückfallfiebers mit Schlafdecken bzw. mit Lasten in die Nähe der später Erkrankten gebracht worden.

In Udjidji werden, wie Stabsarzt Dr. Fehlandt berichtet, verlassene Hütten und alte Raststellen ab- und ausgebrannt, um die Zecken zu vernichten.

In den bewohnten Hütten erschien die Zeckenbeseitigung bisher aussichtslos.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Rückfallfieber ist nach Stabsarzt Dr. Penschke in der Ebene bei Usumbura endemisch, zumal es am Ort Usumbura unter den Farbigen sehr verbreitet ist. Es ist im letzten Vierteljahr der Versuch gemacht worden, die Hütten systematisch abzusuchen und im Anschluß hieran mit kochendem Wasser oder Lysol zu desinfizieren. Zur Zeit sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.

Das Rückfallfieber ist, wie Stabsarzt Dr. Neubert schreibt, in Bukoba (Stadt und Land) in einem Maße verbreitet, wie wohl kaum in einem andern Teil der Kolonie. Man kann ruhig sagen, daß alles, was mit Fieber in Behandlung kommt, sei es Askari, Inder, Eingeborener, Halbfarbiger und auch Europäer, zu 70—80 % mit Rückfallfieber infiziert ist. Demgemäß gibt es auch in der Stadt Bukoba kaum ein Haus, das nicht die Überträger beherbergte.

»Ich habe aus dem alten Kettenraum — im neuen waren bei mehrmaligem Nachsuchen noch keine zu finden — eines Tages in etwa einer Stunde ungefähr eine Literflasche voll Ornithodorus gesammelt, habe in allen Askarihütten, in allen Inderhäusern und in fast allen Eingeborenenhütten des Dorfes die Zecken gefunden, und zwar überall nicht etwa vereinzelt, sondern massenhaft; ferner in allen von mir besuchten Dörfern und Lagerplätzen im Bezirk«.

Auch im Bereiche der Bezirksnebenstelle Schirati wurde Rückfallfieber sehr häufig, insbesondere unter den Schülern und Amtsboten beobachtet; dementsprechend ist die Rückfallfieberzecke überall weit verbreitet.

10. Genickstarre.

Über Genickstarre berichtet Oberstabsarzt Dr. Schörnich, der Regierungsarzt der Nordbezirke:

»Die Fälle von Cerebrospinalmeningitis, welche zu Ende des vorigen Berichtsjahrs hier und da in den Nordbezirken sporadisch auftrat, häuften sich im Mai und Juni derart, daß man von einer leichten Epidemie sprechen konnte.

Im Mpondegebiet bei Mtai in Westusambara sind vom März bis Mai 6 Fälle, davon 5 mit letalem Ausgang bekanntgeworden. In Monga und Kwamkoro in Ostusambara kamen 5 Fälle (gestorben 4) zur Kenntnis; einer von ihnen verlief unter typischen Erscheinungen in Amani tödlich.

Im Bahnhospital des Neubaues der U. E. sind in den letzten 8 Monaten 40 Fälle mit 50 % Mortalität zur Behandlung gekommen.

Ende Juli sah ich in demselben 3 bereits abgeheilte und 3 typische Fälle. Bei zweien wurde Lumbalpunktion zwischen 2. und 3. Lumbalwirbel gemacht und 15—20 ccm eitrige Flüssigkeit entleert.

Seit September sind neue Fälle von Genickstarre in den Nordbezirken nicht mehr beobachtet worden.

Ob die Cerebrospinalmeningitis hier seit langem endemisch ist oder hier erst kürzlich durch Europäer hergebracht wurde, läßt sich so ohne weiteres nicht feststellen. Jedenfalls scheint sie bislang hier nicht beobachtet worden zu sein.

Der Bahnarzt Dr. Elsässer nimmt an, daß sie seit längerem hier bekannt sein müsse, da die Eingeborenen einen Namen dafür hätten. Nach meinen Erfahrungen unterscheiden jedoch viele Eingeborenenstämme die verschiedenen Krampfformen nicht, so daß sie für Kinderkrämpfe, Epilepsie, Starrkrampf und schließlich für Genickstarre dieselben Namen haben.

Für das Mpondegebiet bei Mtai habe ich mit Hilfe der Mission in Mlalo und ihres farbigen Hospitalgehilfen Marko folgendes festgestellt: In Mtai und Mponde herrscht seit etwa 4 Jahren die Krankheit des »Steifseins«, auf Kishambala »wakugangamala« genannt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Symptome bei Erwachsenen: Schmerzen im Rücken, wenig Fieber, völlig starrer Nacken, lautes unsinniges Reden und Krampfzustände. Kinder starben in 3—5 Tagen, waren erst sehr unruhig, dann 2 Tage sehr still mit vielen Krampferscheinungen und Zucken der Mundwinkel und sehr hohem Fieber. Erwachsene, die bisher daran erkrankten, sind alle bis auf zwei gestorben. Krankheitsdauer bis über 14 Tage.

Obengenannter farbiger Krankendiener nennt in der Kishambalasprache

Krämpfe (gewöhnliche Kinderkrämpfe)	Mshango luzwili,
Epilepsie	Mshango ya mutwi,
Starrkrampf	Mpadu (mit geschwollener Kehle),
Genickstarre	Mpadu (s. o. wakugangamala),
Tobsucht	Kilalu.

Marko benennt also Starrkrampf und Genickstarre gleich.

11. Windpocken.

Eine größere Epidemie von Windpocken (58 Fälle) kam Mitte des Berichtsjahres in Tanga zum Ausbruch. In Lindi herrschte im letzten Vierteljahr des Berichtsjahres ebenfalls eine Epidemie (50 Fälle). In Mohoro, Mpapua, Mahenge und Tabora traten sie nur vereinzelt auf. Besondere Maßnahmen brauchten nicht ergriffen zu werden; alle Fälle verliefen leicht.

12. Keuchhusten.

Diese Krankheit hat, wie Stabsarzt Wünn aus Moschi berichtet,

> »alle Landschaften des Kilimandscharo im Berichtsjahre heimgesucht, wie ich auf meinen Reisen feststellen konnte. Man sagte mir dabei, daß eine ganze Reihe von Kindern auch gestorben sei; ich selbst habe solche Fälle bei Eingeborenen nicht gesehen. Bei einem Europäerkinde sah ich dagegen eine Lungenentzündung im Gefolge von Keuchhusten auftreten, die zum Tode führte. Nur ein kleiner Teil der Fälle von Keuchhusten kam überhaupt zu meiner Kenntnis oder gar zur Behandlung. Jetzt ist diese Krankheit verschwunden.«

Bei den Schutzpockenimpfungen unter den Eingeborenen am Meruberg wurde, wie von Stabsarzt Dr. Greisert aus Aruscha berichtet wird, zweimal beobachtet, daß ein Kind typische Anfälle von Keuchhusten bekam. Auch in zwei deutschen Familien wurden bei Kindern zwei Fälle von Keuchhusten festgestellt. Nach den Beschreibungen eines Missionars, der im Bezirk Aruscha wohnt, mußten ferner Erkrankungen mit heftigen Hustenanfällen und Erbrechen bei seinen vier Kindern im Alter von 1—5 Jahren als Keuchhusten angesprochen werden. Die Behandlung bestand bei den Europäerkindern in Darreichung von Chinin. Es wurden pro Tag so viel Dezigramm gereicht, als das Kind Lebensjahre hatte. Bald nach Einleitung dieser Behandlung zeigte sich jedesmal unverkennbar ein Erfolg. Die Anfälle wurden leichter, die Pausen zwischen den Anfällen wurden größer, das Erbrechen blieb aus; nach etwa 5 Wochen konnten die Kinder als geheilt gelten.

»In Mikarigaula, in Massassi, im Lindibezirk fand ich, so schreibt Prof. Dr. Beck, bei der Durchreise im Juli 1911 die 3 Kinder des Jumben an Pertussis erkrankt. Die Anfälle waren bei zweien der Kinder im Alter von 4 und 6 Jahren sehr

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

typisch, bei dem älteren Knaben von 7 Jahren waren die Anfälle seltener, aber gleichfalls ganz charakteristisch. Dieser war übrigens schon länger krank wie seine jüngeren Geschwister. In dem Sputum des jüngsten Kindes waren Charcotsche Kristalle und zahlreiche influenzaähnliche Stäbchen. Von den beiden anderen konnte ich Sputum nicht erhalten.

Nach Mitteilung des Jumben soll die Krankheit in der Umgegend, namentlich während der Regenzeit (Juni 1911), stark verbreitet gewesen sein.«

13. Framboesie.

Ein epidemieartiges Auftreten der Framboesie wurde in der Mitte des Berichtsjahres vom Unterlaufe des Rovuma (Bezirk Lindi) gemeldet.

Der Regierungsarzt der Südbezirke, Professor Dr. Beck, schreibt darüber:

»Frambösia (Buba) sah ich nahezu in sämtlichen auf meinen Reisen berührten Gegenden.

Im Lindibezirk beobachtete ich die Krankheit sehr viel in Tunduru, ferner am Rovuma beim Jumben Kanjunda und Makama. Fast ausschließlich waren Kinder erkrankt; beim Jumben Makama fand ich 11 Kinder und 2 Erwachsene mit »Buba« infiziert, 3 Kinder waren am ganzen Körper mit bohnen- und walnußgroßen Knoten direkt übersät.

Beim Sultan Mudi waren 10 Kinder und 2 Erwachsene mit »Buba« behaftet, von einem kranken Erwachsenen waren dessen Kinder im Alter von 8—10 Jahren angesteckt.

Im Ssongeabezirk ist die Krankheit anscheinend stark verbreitet. Ich beobachtete in Ssongea 15 Fälle, in den Upangwabergen 6 (4 Kinder und 2 Erwachsene) und in Wiedhafen 3 Fälle.

Eine Anzahl von Kranken wurde von mir behandelt, und zwar mit einer kombinierten Behandlung von grauer Salbe, abwechslungsweise mit Jodtinktur in die erkrankte Hautstelle eingerieben; innerlich gab ich Jodkali und hatte damit gute Erfolge. Salvarsan stand mir nicht zur Verfügung.«

14. Tuberkulose.

Die Tuberkulose ist eine Seuche, der im Berichtsjahr erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet werden mußte. Die Anlage 22 zeigt, wie von Jahr zu Jahr eine Zunahme von Tuberkulosefällen erfolgt ist. Früher im Schutzgebiet ziemlich unbekannt und wohl nur vereinzelt vorkommend, ist sie mit dem zunehmenden Verkehr in der Kolonie und mit den Nachbarkolonien und der zunehmenden Einwanderung fremder Elemente ins Schutzgebiet eingeschleppt worden.

Anlage 22.

An der Einschleppung dieser Seuche sind neben den tuberkulösen Europäern, deren sich immer eine kleine Zahl im Schutzgebiet aufgehalten hat und noch aufhält, vor allem anscheinend die Goanesen und die Inder, die aus Bombay und Zanzibar zuwandern, beteiligt, die mit den Negern in innigere Berührung kommen als die Europäer. Die Morbidität und Mortalität der Inder ist in Indien und in Zanzibar nach verschiedenen Beobachtern recht erheblich, und in Zanzibar stirbt, wie Nocht berichtet, auch ein großer Prozentsatz der Negerbevölkerung an Tuberkulose.

Die Mehrzahl der Fälle von Tuberkulose ereignete sich im Schutzgebiet in den der Einwanderung am meisten ausgesetzten und in hygienischer Beziehung vielfach durch Anhäufung der Bevölkerung

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Mängel aufweisenden Küstenstädten, wie Tanga, Daressalam, Kilwa, Lindi sowie im Innern, hauptsächlich in Tabora, Udjidji, Muansa und Bukoba. Auf Europäer wie Eingeborene übt das Tropenklima bei tuberkulösen Erkrankungen einen unheilvollen Einfluß aus. Bei den Negern kommt noch hinzu, daß die tuberkulöse Saat auf einen neuen Boden fällt; dementsprechend verläuft bei ihnen die Tuberkulose rapide und führt meist binnen weniger Monate zum Tode.

Fälle von Tuberkulose ereigneten sich im Berichtsjahre vor allem in Daressalam, hier vorzüglich im Kettengefängnis, ferner in Lindi, in Tabora und in Muansa.

Der Bekämpfung der Tuberkulose stellen sich im Schutzgebiet ungeheure Schwierigkeiten entgegen; eine Verordnung, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, das auch Handhaben gegen die Tuberkulose bieten soll, ist in Vorbereitung.

Im übrigen liegen folgende Berichte über Tuberkulose vor:

Stabsarzt Dr. Feldmann schreibt aus Daressalam:

»Die Lungentuberkulose, fraglos eingeschleppt durch die zunehmende Inderbevölkerung, unter der eine ganze Anzahl akuter und chronischer Fälle festgestellt werden konnten, hat in den letzten Zeiten eine Ausbreitung erfahren, die die volle Aufmerksamkeit der Verwaltung beansprucht.

Besonders unter den Kettengefangenen, die ja bekanntlich am leichtesten der Verseuchung ausgesetzt sind, haben sich beängstigend viele Fälle von Lungentuberkulose gezeigt.

Die Verbesserung der Einrichtungen für Kettenhaft, die sogleich auf Anregung des Medizinalreferats in Angriff genommen worden ist, ist naturgemäß nur provisorischer Art, da sich mitten in der Stadt ein geräumiges Kettengefängnis nicht anlegen läßt. Der geplante Neubau des Gefängnisses außerhalb der Stadt muß erst gründliche Abhilfe schaffen.

Als Hauptabwehrmittel gegen die Tuberkulose empfiehlt sich die sanitätspolizeiliche Kontrolle der Einwanderer, besonders der indischen, mit der Maßgabe, daß Tuberkulöse von der Einwanderung ausgeschlossen werden.

Die Abwehr der Tuberkulose ist um so dringender, als die Krankheit unter der bisher tuberkulosefreien farbigen Bevölkerung des Schutzgebietes eine gesteigerte Virulenz entwickelt. Unter den beobachteten Fällen (etwa 70 im letzten Halbjahr) waren die akuten bei weitem vorherrschend, die in 5—7 Monaten zum Tode führten.«

Bei der großen Bedeutung, die eine Verbreitung der Tuberkulose in unserer Kolonie hat, möchte ich kurz folgenden von mir beobachteten Fall erwähnen, schreibt Professor Dr. Beck aus Lindi:

»Es handelt sich um einen 14 jährigen Schüler aus Lindi, einen für sein Alter großen, aufgeschossenen, engbrüstigen Jungen, der sich unterwegs meiner Karawane angeschlossen hatte, um die Ferien bei seinen Eltern in Tunduru (sein Vater ist dort Betschausch, ein Nubier) zuzubringen. Er fiel mir während der Reise durch seine Atemnot und durch sein starkes Husten auf. Bei Untersuchung seiner Lungen stellte ich einen doppelseitigen Spitzenkatarrh fest und fand in dem Auswurf Tuberkelbazillen. Die Behandlung war eine symptomatische. Von Tunduru nahm ich ihn später zur weiteren Beobachtung mit nach Mitomoni. Er hatte sich unterwegs gut erholt. Bei mehreren Untersuchungen in Mitomoni hatten die katarrhalischen Erscheinungen auf den Lungen nachgelassen, auch waren Tuberkelbazillen bei wiederholten Untersuchungen nicht mehr gefunden worden. Von Mitomoni entließ ich ihn nach Tunduru mit der Weisung, bis auf weiteres dort zu bleiben und nicht nach der Küste zurückzukehren.

Dem Regierungslehrer in Lindi hatte ich den Fall seinerzeit mitgeteilt, um eventuell auf weitere Fälle in der Schule zu achten.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

15. Bilharziosis.

Über Bilharziosis in den Bezirken Lindi und Ssongea berichtet der Regierungsarzt der Südbezirke, Professor Dr. Beck, folgendes:

»In dem Lindibezirk ist, wie ich bereits in meinem vorjährigen Bericht mitteilte, die Bilharzia ziemlich stark verbreitet. Auch bei meiner jetzigen Bereisung des Bezirkes fand ich bei der Untersuchung der Kinder auf dem ganzen Wege am Ubemkuru entlang und über Tunduru nach Sassawara sowie auch am Rovuma eine große Anzahl Bilharziakranker. Die Diagnose wurde stets durch die mikroskopische Untersuchung des Urins festgestellt.

Von den Schülern in Mneno bei Lukuledi waren unter 37 Kindern 4, in Ruponda unter 75 Kindern 9 mit Bilharzia behaftet. In Chingwea fand ich unter 60 Schülern 12 (5 männliche und 7 weibliche), in Massassi unter 33 Kindern 17 bilharziakrank, in Lumasula unter 56 Kindern 15, in Tunduru unter 92 Kindern 13, in Libebo unter 76 Kindern 7, in Sassawara unter 116 Kindern 8, in Ligohore unter 51 Kindern 13 und unter 31 Kindern in Manjabu (Sultan Mtarika) 14 (darunter 8 Mädchen). Am Rovuma waren in Kasombe unter 31 Kindern 5 bilharziakrank, beim Jumben Halifa unter 51 Kindern 5, beim Jumben Kanjunda unter 87 Kindern 21, beim Jumben Kamtola von 43 Kindern 23 (!), beim Jumben Makama von 43 Kindern 23, bei Sultan Undi unter 21 Kindern 8 und beim Jumben Mahutira von 44 Kindern 9.

Jedenfalls muß aber die Anzahl der kranken Kinder weit höher eingeschätzt werden, da namentlich am Rovuma viele Kinder von den Eltern nicht angebracht werden aus Scheu, den Urin vorzuzeigen.

Im Ssongeabezirk ist neben der Wurmkrankheit auch die Bilharzia unter den Kindern sehr verbreitet. So wurde in Ssongea im September 1911 bei 12 von 38 Schulkindern Bilharzia festgestellt und bei 15 von 32 Schülern der Schule in Pingi.

Die Kinder wurden teils mit Natr. salicyl., 8 Tage lang je 1 g, teils mit Salol, 8 Tage lang je 1—1½ g, behandelt. Im Januar dieses Jahres wurden die Schüler in Ssongea und Pingi wiederum untersucht. Unter den 36 Schülern in Ssongea waren 19 bilharziakrank, davon 7 der früher behandelten Schüler (1 der früher behandelten war gestorben, 2 ältere Schüler waren entlassen), nur bei 3 der früher behandelten wurden selbst bei wiederholten Untersuchungen keine Bilharziaeier mehr gefunden. Von den Schülern aus Pingi waren 6 der früher behandelten frei von Bilharzia.

Nach der Behandlung mit Salol und Natr. salicyl. konnte eine vorübergehende Besserung bei sämtlichen Kranken beobachtet werden; der Urin wurde klarer, die Blutung hörte auf, und die Bilharziaeier verschwanden vorübergehend aus dem Urin. Jedoch dauerte die Besserung in den meisten Fällen nur kurze Zeit an. Eine spezifische Wirkung ist daher von diesen Mitteln nicht zu erwarten, denn häufig tritt auch ohne Medikamente eine Heilung mit der Zeit ein, wahrscheinlich, wenn die Gelegenheit zur Infektion mit dem höheren Alter der Kinder aufhört. Denn, wie die Wayao bei Massassi allgemein versicherten, und wie ich selbst auch früher feststellen konnte, sind die Kinder dort fast ohne Ausnahme mit Bilharzia behaftet, während mit der Geschlechtsreife die Krankheit in der Regel von selbst heilt.

Versuche einer Behandlung mit Fol. uvae ursi, Santalöl, Thymol hatten nur einen vorübergehenden Erfolg.

Im Upangwagebirge fand ich Bilharzia nicht vor; vereinzelte Fälle sah ich am Nyassasee, in Wiedhafen und in Ssongwe.«

Aus dem Bezirke Bismarckburg schreibt Stabsarzt Dr. Stolowsky:

»Ein Verbreitungsgebiet der Bilharziosis ist die Rukwaniederung, entlang dem Anstieg zum Ufipaplateau, speziell um die Mission Simba mit dem benachbarten Msjia. Die Krankheit ist seit altersher heimisch und wegen ihres im allgemeinen milden Verlaufes nicht besonders gefürchtet. Die Wafipa haben für sie einen besonderen Namen »Sankulua« und unterscheiden sie streng vom Tripper, der den gewöhnlichen Namen Kisonono oder Kisokono führt. Mir wurde an-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gegeben, daß vielfach Kinder daran erkranken, während im späteren Alter das Symptom des Blutharnens meist von selbst schwinde. Von einem einheimischen Medizinmann erfuhr ich folgende, angeblich nie versagende Behandlungsweise. Benötigt wurden die Wurzeln dreier in der Rukwaebene wachsender Straucharten, die auf Kifipa Nsudulua, Mkumbankonko, Fukula heißen. Zu einer einmaligen Behandlung gehört ein etwa 6 cm langes, fingerstarkes Wurzelstück der ersten Strauchart (Nsundulua), von der zweiten (Mkumbankonko) ein 18 cm langes und von der dritten (Fukula) ein 13 cm langes Stück. Die Stücke werden zerkleinert, über Nacht in $^1/_2$ l Wasser mazeriert, die Mazeration am nächsten Morgen angewärmt oder mit Mehlbrei (Uji) vermengt getrunken. Die Wirkung, d. h. Verschwinden des Blutharnens soll am nächsten Tage erfolgen. Ich habe leider keine Gelegenheit zur Nachprüfung gehabt, da auf der Station nur ein einziger Fall von Bilharziosis zu einer Zeit in Zugang kam, als ich die Ingredienzien noch nicht zur Hand hatte. Es ist wohl nicht unmöglich, daß die Wurzeln irgendwelche ätherischen Öle enthalten, die durch renale Reizung die Diurese und damit ein Auswachsen der Blase befördern, wodurch das auffällige Symptom des blutigen Urins vorübergehend beseitigt wird«.

16. Darmparasiten.

Die Verbreitung der verschiedenen Darmparasiten, berichtet Oberarzt Wolff aus Lindi, ist außerordentlich groß. Um ein Bild darüber zu gewinnen, untersuchte ich eingehend die Schulkinder der hiesigen Regierungsschule. Wenn dabei ein viel höherer Prozentsatz von Parasitenträgern als bei anderen Massenuntersuchungen auf Pflanzungen, Kettengefangenen usw. herausgekommen ist, so liegt das auch daran, daß bei jedem Kinde bis zu 10 verschiedene Stuhlproben sowie mehrere Urinproben genommen wurden. Bei den Untersuchten handelte es sich keineswegs nur um Lindieingesessene, im Gegenteil, es überwog bei weitem die Zahl der frisch der Schule aus allen Teilen des Bezirks Überwiesenen, so daß man wohl ein Bild der Parasitenverbreitung im Bezirk aus diesen Zahlen erhält. Es wurden 156 Schüler untersucht.

Von diesen beherbergten:

Ankylostomum duodenale	117	= 75,0 %,
Bilharzia Haematobia	55	= 35,0 %,
Ascaris lumbricoides	6	= 3,9 %,
Strongyloides stercoralis	27	= 17,3 %,
Trichocephalus trichiuris	17	= 10,9 %.

64 Kinder beherbergten zwei verschiedene Parasiten, und zwar: Ankylostomum und Schistosomum 36, Ankylostomum und Strongyloides 11, Ankylostomum und Trichocephalus 6, Ankylostomum und Ascaris 3, Schistosomum und Trichocephalus 1, Strongyloides und Trichocephalus 1, Strongyloides und Ascaris 1. Acht Schüler hatten drei verschiedene Parasiten, und zwar: Ankylostomum, Schistosomum und Strongyloides 5, Ankylostomum, Schistosomum und Trichocephalus 3. Ein Kind hatte vier Parasitenarten aufzuweisen: Ankylostomum, Schistsomum, Trichocephalus und Strongyloides. 14 Kinder waren frei von Darmparasiten.

Zum Vergleich füge ich die von Külz (Über Ankylostoma und andere Darmparasiten der Kamerunneger, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1907, S. 604) für Kamerun gefundenen Ziffern, in Prozenten berechnet, an. Bei Bilharzia gibt er unter 104 Untersuchten nur einen Fall an; da er jedoch nur Stuhlproben, und zwar nur je eine, genommen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

hat und den Urin nicht auf Bilharzia untersuchte, der bei meinen Untersuchungen mit einbegriffen ist, kann hier keine Vergleichung stattfinden:

	Kamerun	Ostafrika
Ankylostomum	71,1 %,	75,0 %,
Ascaris	40,4 »,	3,9 »,
Strongyloides	2,9 »,	17,3 »,
Trichocephalus	45,2 »,	10,9 ».

12. Tätigkeit wissenschaftlicher Anstalten.

a. Tätigkeit des ärztlichen Laboratoriums in Daressalam.

Berichterstatter: Oberarzt Dr. Schrecker.

Das Personal des ärztlichen Laboratoriums bestand im Berichtsjahr aus 1 Arzt als Leiter, 1 europäischen Laboratoriumsgehilfen, 1 Sanitätsunteroffizier, 2 Schwestern, 2 Goanesen und 25 Farbigen. Davon waren die 2 Schwestern, 1 Goanese und 8 Farbige ausschließlich im Dienst der Malariabekämpfung tätig, das übrige Hilfspersonal stand für die anderen praktisch-hygienischen Arbeiten dem Leiter zur Verfügung.

Die Tätigkeit des Laboratoriums bestand in folgendem:

1. Malariabekämpfung und Maßnahmen gegen die Mückenplage,
2. Pestabwehr und Leichenschau,
3. Lymphbereitung,
4. öffentliche Gesundheitspflege in Daressalam,
5. Untersuchungen im Laboratorium,
6. Sektionen.

Zu 1. Die Malariabekämpfung stand in Daressalam im Berichtsjahr unter der Leitung eines Arztes, der gleichzeitig die Leitung des ärztlichen Laboratoriums innehatte und zeitweilig auch den abwesenden Tierarzt vertreten mußte.

Es wurde nur Innenstadt und Villenviertel einer dauernden Malariakontrolle unterzogen, auf die Außenstadt wurde mit Rücksicht auf die Fluktuation der Eingeborenen und die damit verbundene Schwierigkeit der Chininverabreichung und Kontrolle gänzlich verzichtet. Jährlich 1 mal wurden sämtliche Europäer auf das Vorhandensein von Malariaparasiten untersucht. Über die erfolgte Feststellung gibt die in Anlage 9 beigefügte Tabelle Aufschluß. Bei den ermittelten Parasitenträgern wurde stets die Chininkur eingeleitet und unter Europäeraufsicht nach Möglichkeit 3 Monate lang durchgeführt. Die Verabreichung blieb dieselbe wie früher. Anlage 9.

Neben dieser Methode der Malariabekämpfung wurde der Beseitigung der Mückenplage ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Nach den im Vorjahre ausgeführten Grundsätzen wurde wieder jeden Nachmittag die Stadt systematisch auf Mückenbrutplätze durchsucht, die dann nach Möglichkeit beseitigt wurden.

Zu 2. Die Pestabwehr wurde nach den bisherigen Prinzipien auch im Berichtsjahr durchgeführt. Täglich wurden 210 Rattenfaller

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

systematisch nacheinander in den verschiedenen Bezirken der Stadt gestellt und die gefangenen Ratten im Laboratorium auf Pest untersucht, im ganzen 11242. Polgefärbte Bakterien oder echte Rattenpest konnten niemals festgestellt werden. Einmal vierteljährlich wurde in jedem Stadtteil Gift (Phosphorlatwerge) ausgelegt, doch war der Erfolg nicht zu kontrollieren.

Neben dieser Methode der Rattenvertilgung wurde die Leichenschau bei sämtlichen verstorbenen Farbigen ausgeübt, im ganzen in 234 Fällen (Anlage 18). Hierbei wurde in 2 Fällen Pest, 1mal Lungen- und 1mal Beulenpest ermittelt.

Anlage 18.

Am Sonntag, den 10. September, wurde der Todesfall eines in der Querstraße zwischen Bagamojo- und Moscheestraße am Fischmarkt hinter der neuen Moschee wohnenden Eingeborenen namens Mnyasa (Makonde) gemeldet und bei der in der üblichen Weise abgehaltenen Leichenschau als Todesursache Lungenpest festgestellt. Die Diagnose wurde im Laboratorium durch Untersuchung bestätigt. Die Nachforschungen nach der Krankheitsursache haben ergeben, daß der Verstorbene, welcher vor etwa 7 Monaten von Lindi aus nach Daressalam zugereist war, seit dem 27. Juli bei dem Inder Abdu Rasul Mohamed Ali Khalfan in Arbeit steht und am 30. Juli mit ihm nach Zanzibar gegangen ist, um in dem Geschäft des Vaters des Abdu Rasul zu arbeiten. Seine Wohnung hatte er im Eingeborenenviertel. Am 29. August kehrte er mit der »Rovuma« nach Daressalam zurück, arbeitete vom 30. August bis zum 33. September und konnte dann wegen schwerer Erkrankung nicht mehr zur Arbeit kommen. In der Nacht vom 9. zum 10. starb er.

Es wurden sofort alle Vorsichtsmaßregeln getroffen, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. Der Tote wurde nach den für die Pest gültigen Vorschriften beerdigt, die übrigen Bewohner des Hauses wurden isoliert und unter ärztliche Beobachtung gestellt, das Haus wurde polizeilich geschlossen und in dem ganzen Häuserblock eine intensive Rattenvernichtung mit Gift und Fallen ausgeführt.

Am 16. November wurde seitens der katholischen Mission ein Todesfall gemeldet, der Pestverdacht erweckte. Ein Neger namens Sombe, war unter hohem Fieber erkrankt und rasch gestorben. Die Leichenschau ergab Beulenpest, welcher Befund durch Untersuchung im Laboratorium bestätigt wurde. Der Tote wurde nach den gesetzlichen Vorschriften beerdigt, der Raum, in dem er gelegen hatte, desinfiziert, seine Kleidungsstücke und sein Bett wurden verbrannt. In dem ganzen angrenzenden Häuserviertel wurde intensive Rattenvernichtung mit Gift und Fallen vorgenommen. Die mit dem Verstorbenen in Berührung gekommenen Personen wurden im Sewa-Hadji-Hospital unter Quarantäne gestellt.

Da der verstorbene Sombe sich vor seiner Ankunft in Daressalam in Bagamojo aufgehalten hatte, wurde seitens des Laboratoriums in Bagamojo Nachforschung auf eventuelle Rattenpest angestellt. Diese ergab das Vorhandensein von Rattenpest, die nach den üblichen Grundsätzen bekämpft wurde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Am 24. November lief der D. O. A. L.-Dampfer »Sultan« von Zanzibar kommend in Daressalam ein und meldete dem Hafenarzt, daß er tote Ratten an Bord habe. Die Untersuchung im Laboratorium ergab Rattenpest. Der Dampfer wurde in Quarantäne genommen und sämtliche Passagiere und Mannschaften wurden 3 mal wöchentlich durch den Hafenarzt untersucht. Ein Pestfall unter Menschen kam nicht vor. Am 29. November wurden die Passagiere aus der Quarantäne entlassen. Das Schiff wurde mit Claytongas desinfiziert, wobei im ganzen 262 tote Ratten gefunden wurden, in denen Pesterreger festgestellt werden konnten. Die gefundenen Rattenflöhe gehörten zur Gattung Loemopsylla cheopis Rothschild. Am 8. Dezember konnte der Dampfer »Sultan« aus der Quarantäne entlassen werden (vgl. auch Kap. 11, 2. Pest — S. 78 ff.).

Zu 3. Die Lymphgewinnung wurde in Daressalam in demselben Umfange betrieben wie im Vorjahre. Von hier aus wurden ständig die Küstenstationen sowie Zanzibar mit Lymphe versorgt. Im ganzen wurden von Daressalam aus 241785 Portionen Lymphe versandt.

Da sich erfahrungsgemäß herausgestellt hatte, daß die mit Glyzerin 3:1 konservierte Schutzpockenlymphe nur eine Wirksamkeitsdauer von etwa 4 Wochen hat, wurden Versuche zur Herstellung einer länger haltbaren Trockenlymphe gemacht. Oberarzt Dr. Manteufel berichtet darüber wie folgt: »Veranlaßt durch die günstigen Resultate mit Trockenlymphe, über die 1909 Roß in Britisch-Ostafrika, Nairobi (Bull. exot. 1909 500 Sp.), berichtet hat, habe ich in Daressalam 2 Versuche mit Trockenlymphe gemacht. Das erstemal wurde der im Exsikkator über Schwefelsäure getrocknete Rohstoff zu einem feinen Pulver verrieben und in zugeschmolzenen Röhrchen aufbewahrt. Die Verwendung des Impfstoffes nach 2 Monaten hatte ein absolut negatives Ergebnis.«

Das zweitemal wurde das wie oben bezeichnete Rohmaterial in etwa erbsengroße Stücke zerschlagen und ebenfalls bei Zimmertemperatur im zugeschmolzenen Reagenzglas aufbewahrt. 4 Monate später wurden gelegentlich 3 farbige Schulkinder mit diesem trockenen Impfstoff geimpft. Davon 2 mit Erfolg. Daraufhin wurden weitere Versuche mit dem gleichen Impfstoff nach 6 Monaten in Bagamojo vorgenommen. Unter 20 Erstimpflingen gingen bei 12 Impfpusteln an (60 %), während die bei denselben Kindern zur Kontrolle auf dem gleichen Arm vorgenommene Impfung mit einer 3 Wochen alten Glyzerinlymphe in 14 Fällen von Erfolg war (70 %). Unter 25 Wiederimpflingen hatte die Revacination mit Trockenlymphe 11 mal Erfolg (44 %), mit Glyzerinlymphe 21 mal (84 %).

Wenn man bedenkt, daß eine 6 Monate aufbewahrte Glyzerinlymphe nach den hiesigen Erfahrungen gänzlich unwirksam ist, so muß man zugeben, daß das Ergebnis dieses Versuches günstig genug ist, um zur Fortsetzung nach dieser Richtung zu ermuntern.«

Zu 4. Neben der speziellen Malariabekämpfung und Mückenvertilgung waren im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege die Rundgänge der Gesundheitskommission von Wichtigkeit, bei denen die größeren hygienischen Mißstände an Ort und Stelle besichtigt und

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

zur Sprache gebracht wurden. Abhilfe ist teils seitens der Eigentümer, teils seitens des Bezirksamtes zu schaffen. Je schärfer die Kontrolle der Ausführung dieser Arbeiten durch die Verwaltungsbehörde gehandhabt wird, desto segensreicher wird die Wirksamkeit der Gesundheitskommission sein.

Zu 5. Die Tätigkeit des Laboratoriums war in bezug auf Untersuchungen eine sehr mannigfaltige. Über die Art der Untersuchungen gibt die Anlage 7 hinreichend Aufschluß. Besonderes Interesse verdient das Auftreten von Typhus in der katholischen Mission in Daressalam. Diese Krankheit war durch einen aus Ostasien kommenden Pater eingeschleppt und hatte sich im ganzen auf 5 Europäer und 13 Farbige, die sämtlich der Mission angehörten, ausgebreitet. Bei den Europäern ergaben die Untersuchungen am Krankenbett Typhus abdominalis, eine Diagnose, die im Laboratorium bestätigt werden konnte. Der Widal war bis zur Verdünnung 1:400 positiv. Die Farbigen waren bereits zu ihren Angehörigen in die Nähe von Daressalam nach Bagalla gebracht worden, dort wohnten sie in Hütten und wurden instinktiv von den übrigen Eingeborenen gemieden. Nur ihre Angehörigen haben sie gepflegt. Die Untersuchung nach Gruber-Widal war bei 8 Farbigen positiv, einer war bereits an Wassersucht gestorben. Weitere Infektion unter dem Pflegepersonal war nicht beobachtet. Sämtliche Erkrankungen gingen in Heilung über.

Anlage 7.

Zu 6. Sektionen sind im Laboratorium 6 mal vorgenommen worden. Sie konnten aus Mangel an Zeit nur stattfinden, wenn dringende wissenschaftliche oder gerichtsärztliche Interessen vorlagen. Die Sektionen ergaben: 1. Endokarditis, 2. chron. Ruhr- und Leberabszeß, 3. Herzschwäche nach chron. Malaria, 4. Malaria und Nierenentzündung, 5. Leberabszeß, 6. Herzschwäche nach Schwarzwasserfieber, Gallensteine.

Aus dem ärztlichen Laboratorium berichtet ferner Oberarzt Dr. Manteufel folgendes:

»Den Anregungen des Herrn Generaloberarzt Professor Dr. Steudel zufolge wurden im Februar einige Untersuchungen über die Verbreitung der Anophelinen und Culicinen innerhalb der Stadt Daressalam vorgenommen mit Rücksicht auf die Aussichten einer Malariabekämpfung durch Vernichtung der fliegenden Mückengeneration. Da ich durch Antritt meines Heimatsurlaubs an der Fortführung dieser Untersuchungen verhindert bin, berichte ich kurz über die bisherigen Ergebnisse.

Was zunächst die verschiedenen Fangmethoden anbelangt, so hat das Wegfangen von Mücken mit der Hand oder mit dem Netz hier keine nennenswerten Erfolge gehabt. Ein Farbiger, der seit 6 Wochen eigens dazu angestellt ist, hat als beste Tagesleistung bisher 276 Mücken angebracht. Daß man die Bevölkerung im großen durch Aussetzen von Prämien veranlassen könnte, sich am Mückenfang zu beteiligen, erscheint in Daressalam nach allen Erfahrungen bei der Bekämpfung der Rattenplage ausgeschlossen. Obgleich es in Daressalam zahlreiche Ratten gibt und für jede Ratte 10 H. Belohnung ausgesetzt ist, ist die Zahl der eingelieferten Ratten doch dauernd ganz außerordentlich

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gering; das ist auch in den kleineren Küstenplätzen wie Lindi und Bagamojo nicht anders.

Eine Mückenvertilgung durch Ausräuchern mit schwefliger Säure oder anderen insektentötenden Mitteln hat sich wegen der leichten Bauart der in Frage kommenden Hütten und der Schwierigkeit der Abdichtung leider als undurchführbar erwiesen. Dagegen hat das Aussprayen der Hütten mit insektentötenden Lösungen, wie die unten beigebrachte Zusammenstellung erweist, befriedigenden Erfolg gehabt, und wegen der Einfachheit der Durchführung dürfte diese Methode für eine Mückenvertilgung im großen am ehesten in Betracht kommen. Für die hier besprochenen Ausspritzungsversuche stellte Herr Medizinalrat Nocht die tragbare Spritze zur Verfügung, die von Giemsa in seiner Veröffentlichung empfohlen wird. Für den gewünschten Zweck ist die Tragbarkeit des Apparates ein entschiedener Vorteil. Als insektentötende Mittel wurden teils die Giemsasche Mischung von Pyrethrum, Tetrachlorkohlenstoff und Seifenlauge, teils das von der chemischen Fabrik Flörsheim gelieferte Mikrothan verwandt. Ein wesentlicher Unterschied hat sich dabei nicht gezeigt, so daß wohl lediglich die Billigkeit bei der Bevorzugung des einen oder anderen Mittels in Frage kommen wird.

Die Versuche wurden neben den übrigen laufenden Arbeiten des Laboratoriums in den Nachmittagsstunden von 3 bis 5 Uhr vorgenommen, und zwar die ersten 4 Tage in Eingeborenenhütten an der Peripherie der Stadt (hinter der Askarikaserne am Geresanikrick), die letzten 3 Tage im Zentrum (Hütten der Polizeiaskari an der Wissmannstraße).

Bei der Bestimmung der getöteten Mücken im Laboratorium zeigte es sich, daß sowohl unter den Culiciden als unter den Anophelinen zahlreiche vollgesogene Weibchen waren. Die Absuchung der bekannten Anophelesbrutplätze am Gerezanikrick in der gleichen Zeit hatte ein negatives Ergebnis.

	Räume	Mücken	Anophelen	
5. 2. 1912	10	709	1,4 %	Giemsasche Mischung. Hütten am Gerezanikrick.
6. 2. 1912	11	561	5,7 %	
7. 2. 1912	13	624	6,1 %	
8. 2. 1912	9	364	10,2 %	
9. 2. 1912	8	1 183	0,5 %	Mikrothan. Hütten an der Wissmannstraße.
12. 2. 1912	8	1 462	0,07 %	
13. 2. 1912	11	3 220	0,07 %	

Im einzelnen geht aus den Ergebnissen der obigen Zusammenstellung folgendes hervor:

1. In Anbetracht dessen, daß eine geraume Zeit für das Sammeln der getöteten Mücken verbraucht wurde, ist die quantitative Ausbeute durchweg als gut zu bezeichnen. Wenn die Arbeit des Sammelns und Zählens unterbleibt, wie es bei der praktischen Verwertung der Methode der Fall wäre, könnte mit einer Spritze in der gleichen Zeit leicht das Dreifache geleistet werden, ungefähr 6—8 Hütten. Das macht in 4 Arbeitswochen etwa 150 Hütten. Mit 10 Spritzen würde man in

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

etwa 6 Arbeitswochen die ungefähr 2000 Hütten von Daressalam einmal ausgespritzt haben.

2. Der Prozentsatz der Anophelinen ist in den ersten 4 Versuchen erheblich größer, die Gesamtzahl der Mücken aber erheblich kleiner als in den 3 letzten Versuchen. Das stimmt mit mehrjährigen Beobachtungen bei der Vernichtung der Mückenbrutplätze überein; auch hier finden wir im Zentrum von Daressalam in den Wasserbehältern usw. der Eingeborenen viel mehr Larven, aber relativ sehr wenig Anophelenlarven. Es hat also den Anschein, daß die Anophelen ihre Brutplätze an der Peripherie der Stadt und wahrscheinlich außerhalb der Hütten und Höfe haben und von dort aus in das Zentrum der Stadt hineinkommen. Falls es hier in Daressalam eine »Ruhezeit« bei den Anophelinen gibt, so kann sie sich nur auf die Ablage von Eiern beziehen — bedingt durch den Mangel an geeigneten Brutplätzen in der trocknen Jahreszeit — nicht aber in bezug auf das Blutsaugen.

3. Falls die Annahme zutrifft, daß die Anophelinen in der Peripherie der Stadt und wahrscheinlich außerhalb der Hütten ihre Brutplätze haben, wird eine Mückenvernichtung durch Ausspritzung der Hütten hauptsächlich die Culiciden treffen und nur allmählich durch einen Rückgang der Malariamorbidität zum Ausdruck kommen, wenn man die Brutplätze ganz außer acht läßt.

Immerhin aber kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine Kombination unserer jetzigen Maßnahmen gegen die Mückenbrutplätze mit einer planmäßigen Vernichtung der fliegenden Mückengeneration durch Ausspritzen so Erfolg versprechend ist, daß ein Versuch im großen angezeigt ist. Da ein solcher Versuch im Notfalle mit dem Personal des Laboratoriums ausführbar wäre, kommt als Kostenaufwand nur die Anschaffung von 10 Spritzen und der nötigen insektentötenden Lösung in Betracht. Wir rechnen etwa 1 l Mikrothan auf 3 Hütten.

Über weitere orientierende Versuche in bezug auf die Verteilung der Anophelinen und Culiciden wird Herr Oberarzt Dr. Lurz demnächst berichten.«

b. Bericht über die Tätigkeit des chemischen Laboratoriums.

Berichterstatter: Nahrungsmittelchemiker und Apotheker Dr. Schulze.

Im Berichtsjahre gelangten in dem mit dem Sanitätsdepot verbundenen chemischen Laboratorium 162 Proben zur Untersuchung.

Von diesen betrafen:

67 Wasserproben,
15 Nahrungsmittelproben,
18 physiologische Untersuchungen,
4 toxikologische Untersuchungen,
55 Arzneimitteluntersuchungen,
3 sonstige Untersuchungen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gering; das ist auch in den kleineren Küstenplätzen wie Lindi und Bagamojo nicht anders.

Eine Mückenvertilgung durch Ausräuchern mit schwefliger Säure oder anderen insektentötenden Mitteln hat sich wegen der leichten Bauart der in Frage kommenden Hütten und der Schwierigkeit der Abdichtung leider als undurchführbar erwiesen. Dagegen hat das Aussprayen der Hütten mit insektentötenden Lösungen, wie die unten beigebrachte Zusammenstellung erweist, befriedigenden Erfolg gehabt, und wegen der Einfachheit der Durchführung dürfte diese Methode für eine Mückenvertilgung im großen am ehesten in Betracht kommen. Für die hier besprochenen Ausspritzungsversuche stellte Herr Medizinalrat Nocht die tragbare Spritze zur Verfügung, die von Giemsa in seiner Veröffentlichung empfohlen wird. Für den gewünschten Zweck ist die Tragbarkeit des Apparates ein entschiedener Vorteil. Als insektentötende Mittel wurden teils die Giemsasche Mischung von Pyrethrum, Tetrachlorkohlenstoff und Seifenlauge, teils das von der chemischen Fabrik Flörsheim gelieferte Mikrothan verwandt. Ein wesentlicher Unterschied hat sich dabei nicht gezeigt, so daß wohl lediglich die Billigkeit bei der Bevorzugung des einen oder anderen Mittels in Frage kommen wird.

Die Versuche wurden neben den übrigen laufenden Arbeiten des Laboratoriums in den Nachmittagsstunden von 3 bis 5 Uhr vorgenommen, und zwar die ersten 4 Tage in Eingeborenenhütten an der Peripherie der Stadt (hinter der Askarikaserne am Geresanikrick), die letzten 3 Tage im Zentrum (Hütten der Polizeiaskari an der Wissmannstraße).

Bei der Bestimmung der getöteten Mücken im Laboratorium zeigte es sich, daß sowohl unter den Culiciden als unter den Anophelinen zahlreiche vollgesogene Weibchen waren. Die Absuchung der bekannten Anophelesbrutplätze am Gerezanikrick in der gleichen Zeit hatte ein negatives Ergebnis.

	Räume	Mücken	Anophelen	
5. 2. 1912	10	709	1,4 %	Giemsasche Mischung. Hütten am Gerezanikrick.
6. 2. 1912	11	561	5,7 %	
7. 2. 1912	13	624	6,1 %	
8. 2. 1912	9	364	10,2 %	
9. 2. 1912	8	1 183	0,5 %	Mikrothan. Hütten an der Wissmannstraße.
12. 2. 1912	8	1 462	0,07 %	
13. 2. 1912	11	3 220	0,07 %	

Im einzelnen geht aus den Ergebnissen der obigen Zusammenstellung folgendes hervor:

1. In Anbetracht dessen, daß eine geraume Zeit für das Sammeln der getöteten Mücken verbraucht wurde, ist die quantitative Ausbeute durchweg als gut zu bezeichnen. Wenn die Arbeit des Sammelns und Zählens unterbleibt, wie es bei der praktischen Verwertung der Methode der Fall wäre, könnte mit einer Spritze in der gleichen Zeit leicht das Dreifache geleistet werden, ungefähr 6—8 Hütten. Das macht in 4 Arbeitswochen etwa 150 Hütten. Mit 10 Spritzen würde man in

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

etwa 6 Arbeitswochen die ungefähr 2000 Hütten von Daressalam einmal ausgespritzt haben.

2. Der Prozentsatz der Anophelinen ist in den ersten 4 Versuchen erheblich größer, die Gesamtzahl der Mücken aber erheblich kleiner als in den 3 letzten Versuchen. Das stimmt mit mehrjährigen Beobachtungen bei der Vernichtung der Mückenbrutplätze überein; auch hier finden wir im Zentrum von Daressalam in den Wasserbehältern usw. der Eingeborenen viel mehr Larven, aber relativ sehr wenig Anophelenlarven. Es hat also den Anschein, daß die Anophelen ihre Brutplätze an der Peripherie der Stadt und wahrscheinlich außerhalb der Hütten und Höfe haben und von dort aus in das Zentrum der Stadt hineinkommen. Falls es hier in Daressalam eine »Ruhezeit« bei den Anophelinen gibt, so kann sie sich nur auf die Ablage von Eiern beziehen — bedingt durch den Mangel an geeigneten Brutplätzen in der trocknen Jahreszeit — nicht aber in bezug auf das Blutsaugen.

3. Falls die Annahme zutrifft, daß die Anophelinen in der Peripherie der Stadt und wahrscheinlich außerhalb der Hütten ihre Brutplätze haben, wird eine Mückenvernichtung durch Ausspritzung der Hütten hauptsächlich die Culiciden treffen und nur allmählich durch einen Rückgang der Malariamorbidität zum Ausdruck kommen, wenn man die Brutplätze ganz außer acht läßt.

Immerhin aber kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine Kombination unserer jetzigen Maßnahmen gegen die Mückenbrutplätze mit einer planmäßigen Vernichtung der fliegenden Mückengeneration durch Ausspritzen so Erfolg versprechend ist, daß ein Versuch im großen angezeigt ist. Da ein solcher Versuch im Notfalle mit dem Personal des Laboratoriums ausführbar wäre, kommt als Kostenaufwand nur die Anschaffung von 10 Spritzen und der nötigen insektentötenden Lösung in Betracht. Wir rechnen etwa 1 l Mikrothan auf 3 Hütten.

Über weitere orientierende Versuche in bezug auf die Verteilung der Anophelinen und Culiciden wird Herr Oberarzt Dr. Lurz demnächst berichten.«

b. Bericht über die Tätigkeit des chemischen Laboratoriums.

Berichterstatter: Nahrungsmittelchemiker und Apotheker Dr. Schulze.

Im Berichtsjahre gelangten in dem mit dem Sanitätsdepot verbundenen chemischen Laboratorium 162 Proben zur Untersuchung.

Von diesen betrafen:

67 Wasserproben,
15 Nahrungsmittelproben,
18 physiologische Untersuchungen,
4 toxikologische Untersuchungen,
55 Arzneimitteluntersuchungen,
3 sonstige Untersuchungen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Im wesentlichen wurden die Untersuchungen im amtlichen Auftrage vorgenommen, nur einzelne Wasseruntersuchungen wurden auf Antrag von Privatleuten ausgeführt.

Bei den Wasserproben handelte es sich in 17 Fällen um Feststellung der Verwendbarkeit als Trinkwasser, 19 Proben waren außerdem auch auf ihre Brauchbarkeit zu technischen Zwecken und 31 Sodawasserproben auf Reinheit zu prüfen.

Die Untersuchung von Nahrungsmitteln erstreckte sich auf Milch, Palmenwein, Öl, Weinmost, Orangensekt und Zucker.

Von letzterem war eine Probe eingeliefert unter dem Verdacht, mit Kupfervitriol versetzt zu sein. Die verdächtig erschienene stellenweise Blaufärbung erwies sich jedoch als durch allzu reichlichen Ultramarinzusatz entstanden.

Die physiologischen Untersuchungen beschränkten sich ausschließlich auf Harnzuckerbestimmungen.

Anläßlich eines Strafverfahrens gelangten durch ein Gericht Teile von drei unter Vergiftungserscheinungen verendeten Ochsen zur Untersuchung. In allen drei Fällen konnte einwandfrei Arsen nachgewiesen werden. Eine Leber enthielt 3,4 mg-Prozent $As_2 O_3$.

Von einem Bezirksamt war eine mit wenig Leinwand umhüllte erbsengroße schwarze Masse eingesandt, die zu einem Vergiftungsversuch gedient haben sollte, weil sie von einem eingeborenen Diener dem Herrn als Zusatz zum Sodawasser präsentiert war. Das schwarze Kügelchen erwies sich jedoch als Holzkohle.

An Arzneimitteln gelangten neben indischen Medizinen auch verschiedentlich Chinintabletten deutscher Herkunft zur Untersuchung, von denen eine Probe beanstandet wurde, weil die Tabletten, in 0,3 %ige Salzsäure geworfen, nach zwei Tagen noch nicht völlig zerfallen waren, weil ferner das verwendete Chininsalz über 1 % Nebenalkaloide der Chinarinde enthielt und weil außerdem die Tabletten untergewichtig waren.

Ferner wurde ein Mineral untersucht, das als hochprozentiges Magneteisenerz festgestellt wurde. Schlammproben aus der Umgebung heißer Schwefelquellen bestanden aus Kalziumkarbonat mit erheblichen Mengen von ausgeschiedenem Schwefel. Eine Probe von Ausscheidungen aus der Umgebung einer anderen warmen Quelle war fast technisch reiner kohlensaurer Kalk.

13. Wissenschaftliche Tätigkeit einzelner Sanitätsdienststellen.

Die nachfolgenden Feststellungen erfolgten nach den Anweisungen der schon im vorigen Jahresberichte erwähnten »Vorläufigen Dienstanweisung für Feststellungen über Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Ostafrika« vom 3. März 1910.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

1. Untersuchungen über die physische Leistungsfähigkeit der Stämme Mwassi, Mangati, Ufiome und Mrangi.

Von Oberarzt Dr. Schulz in Kondoa-Irangi.

Lfde. Nr.	Versuchsperson: Name Stamm	Geschlecht Alter männl.	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek.	Hörschärfe cm r.	Hörschärfe cm l.	Sehschärfe m r.	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
	Mwassi.														
1	Hotei	25	1,55	.	13	8	21	27	20	5	50	60	66	90	148
2	Jami	30	1,73	.	10	8	20	20	17	90	2	58	57	96	122
3	Gau	30	1,62	.	18	7	23	24	20	50	40	51	55	88	120
4	Chatu	23	1,70	.	19	8	28	22	16	50	50	57	50	76	112
5	Bura	25	1,73	.	8	2	21	20	18	50	60	53	60	86	124
6	Sanda	33	1,65	.	3	2	23	18	25	100	43	52	51	84	136
7	Teha	30	1,64	.	12	8	24	18	22	96	90	46	38	78	128
8	Sate	32	1,78	.	20	16	27	23	22	82	97	36	36	80	116
9	Sae	25	1,68	.	15	10	26	25	20	.	.	35	47	92	140
10	Chatu	26	1,62	.	6	1	25	24	17	50	56	45	36	92	120
11	Mloba	35	1,55	.	11	10	22	21	30	40	60	49	47	88	124
12	Sasi	30	1,70	.	17	11	30	29	22	65	60	50	47	72	112
13	Duru	40	1,74	.	13	9	30	30	18	36	65	31	26	90	128
14	Bora	28	1,59	.	14	9	28	25	20	52	20	47	50	112	140
15	Darabu	40	1,65	.	13	9	36	32	19	50	35	41	45	100	120
16	Jaguari	25	1,60	.	13	8	25	24	17	60	20	42	40	88	116
17	Seha	30	1,69	.	12	5	26	24	19	40	40	42	40	96	120
18	Anta	27	1,63	.	4	3	26	27	24	55	80	31	39	98	144
19	Nahatu	25	1,60	.	5	6	27	31	18	37	21	42	30	96	116
20	Jami	20	1,54	.	12	7	29	26	18	20	40	45	38	84	120
21	Naa	20	1,59	.	5	2	21	19	20	30	30	40	38	92	112
22	Ninga I	22	1,52	.	10	6	21	22	18	37	22	40	43	84	112
23	Ninga II	25	1,67	.	10	9	25	24	25	60	30	58	50	100	140
24	Juma	24	1,59	.	18	12	31	29	20	30	32	51	49	92	124
25	Mwenda	20	1,54	.	7	3	22	20	18	48	33	54	51	96	140
26	Jami	24	1,59	.	21	17	35	30	24	60	70	48	45	78	112
27	Hante I	30	1,67	.	33	19	25	27	17	61	51	51	47	96	116
28	Hapi	26	1,60	.	8	8	30	27	18	45	55	45	55	86	116
29	Nahato I	26	1,68	.	27	19	35	41	18	40	42	46	42	88	144
30	Nahato II	28	1,52	.	22	16	26	28	25	30	41	40	45	78	136
31	Gora	30	1,62	.	15	9	29	26	19	59	73	39	31	76	128
32	Bula	30	1,58	.	20	15	23	24	24	49	34	37	24	72	120
33	Kemo	29	1,66	.	25	15	36	32	23	62	51	40	23	98	146

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name Stamm	Geschlecht Alter männl.	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek.	Hörschärfe cm r.	Hörschärfe cm l.	Sehschärfe m r.	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
234	Ansi	30	1,65	.	15	13	27	23	20	53	51	38	20	104	120
235	Loja	34	1,60	.	8	5	23	22	20	56	60	37	20	88	132
236	Hante II	30	1,58	.	19	11	30	28	19	55	59	35	19	86	120
237	Uku	29	1,68	.	12	7	26	29	20	56	49	34	20	92	116
238	Darabu	29	1,59	.	25	11	24	23	17	70	58	64	60	78	120
239	Karei	30	1,62	.	9	7	21	24	17	47	40	58	63	84	120
240	Anta	30	1,67	.	28	20	32	35	19	63	51	63	61	68	108
241	Ninga	28	1,71	.	32	26	34	42	17	70	62	60	62	88	108
242	Dodei	25	1,56	.	26	17	27	27	18	68	54	60	68	68	128
243	Nundu	26	1,62	.	15	10	26	26	17	46	52	61	74	80	104
244	Nici	28	1,59	.	30	23	25	25	18	35	45	70	67	76	112
245	Neroi	25	1,67	.	20	12	24	24	20	52	57	63	65	72	96
246	Jami	28	1,68	.	22	10	31	28	19	66	54	66	62	60	88
247	Oka	30	1,70	.	35	27	39	40	17	72	67	65	65	92	116
248	Jahe	26	1,61	.	27	18	22	22	18	42	36	56	63	60	88
249	Boei	30	1,65	.	29	15	30	27	19	58	48	65	63	60	96
250	Dau	32	1,61	.	32	21	30	29	19	73	62	65	63	88	132
251	Eima	30	1,77	.	25	13	35	31	18	50	38	61	0	72	112
252	Sakatei	28	1,66	.	24	12	29	28	16	39	42	65	64	112	128
253	Nangati	24	1,63	.	25	13	31	29	18	28	52	65	63	88	112
254	Hona	28	1,57	.	22	16	28	25	18	65	43	63	73	72	104
255	Firiri	27	1,57	.	27	20	29	28	19	40	38	65	65	60	88
256	Banka	25	1,63	.	21	12	24	23	19	62	54	63	68	88	104
257	Moha	30	1,61	.	28	15	30	26	18	48	32	65	75	80	100
	Mangati.														
1	Sangati	20	1,74	.	2	5	23	25	25	40	8	50	55	92	116
2	Jungud	22	1,57	.	9	4	26	26	22	40	30	47	52	80	112
3	Gidafreioda	30	1,65	.	15	9	26	21	20	32	31	52	52	80	112
4	Langei	24	1,68	.	12	5	27	26	25	37	62	53	49	72	108
5	Hanje	26	1,59	.	12	9	29	25	19	52	50	55	51	64	96
6	Leida	20	1,57	.	0	0	14	13	27	65	57	53	55	96	136
7	Dudu	44	1,63	.	13	7	33	29	25	80	60	49	48	64	96
8	Mashek	40	1,56	.	10	5	22	21	30	65	82	50	52	80	100
9	Kadeda	38	1,56	.	18	12	26	21	25	70	65	52	0	64	100
10	Angaloda	24	1,60	.	9	15	25	27	30	72	66	49	50	68	84
11	Majombo	38	1,57	.	18	14	25	26	20	70	51	48	45	80	96
12	Ira	34	1,65	.	16	14	25	21	20	71	73	43	41	84	120
13	Sinanida	25	1,76	.	8	7	24	21	23	59	75	45	50	88	108
14	Kitalau	25	1,78	.	11	7	32	24	24	60	60	47	45	96	112

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Versuchsperson: Name Stamm	Geschlecht Alter männl	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek	Hörschärfe cm r.	Hörschärfe cm l.	Sehschärfe m r	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
15	Tageia	36	1,68	.	7	6	26	25	20	53	52	56	46	96	120
16	Kisumta ...	23	1,67	.	14	7	25	25	21	70	65	55	55	88	120
17	Baranda ...	28	1,66	.	11	10	22	23	20	52	61	61	55	80	124
18	Bolokut....	27	1,70	.	16	5	34	31	22	51	70	61	62	72	112
19	Tunda	22	1,66	.	16	10	27	23	19	56	51	57	62	84	120
20	Goti	26	1,67	.	10	9	26	23	18	52	61	55	47	80	112
21	Gurtu	25	1,69	.	24	23	34	28	18	56	60	64	62	76	112
22	Illagot	30	1,57	.	21	15	32	24	20	57	55	52	50	64	96
23	Kunahei ...	30	1,60	.	20	16	33	27	35	71	62	48	40	80	148
24	Kidasis	33	1,59	.	23	19	23	22	36	90	75	45	65	96	104
25	Masare.....	34	1,61	.	21	17	28	25	25	43	42	56	45	76	108
26	Mahambo ..	28	1,72	.	14	11	29	23	20	71	81	35	45	96	124
27	Doita.....	33	1,73	.	17	11	27	24	20	80	65	40	40	96	136
28	Barhei	28	1,63	.	21	14	27	26	22	41	38	47	43	64	96
29	Bahenga ...	26	1,66	.	16	10	23	23	25	45	35	43	57	76	96
30	Konahei ...	32	1,61	.	30	20	29	27	17	39	56	47	43	68	96
31	Bura	25	1,79	.	21	22	35	31	17	68	63	42	38	92	120
32	Kokoma ...	25	1,74	.	5	3	26	26	24	71	64	48	48	66	120
33	Kidabech ..	40	1,61	.	21	14	27	27	25	61	42	48	30	76	112
34	Chamre	30	1,66	.	30	16	31	28	25	35	38	37	46	88	140
35	Bosta.....	24	1,64	.	30	19	27	30	18	31	35	60	56	88	112
36	Bombod ...	25	1,64	.	31	25	34	34	19	30	60	55	52	72	128
37	Barae	26	1,71	.	25	27	39	36	20	47	51	53	60	72	104
38	Saugande ..	35	1,77	.	22	21	27	27	20	23	21	60	55	112	140
39	Ami	32	1,50	.	24	27	24	28	25	48	31	0	57	80	108
40	Gambalenja	30	1,72	.	25	15	24	22	21	35	50	53	55	80	128
41	Gejeda.....	30	1,69	.	27	30	33	33	20	35	28	56	53	92	124
42	Gambareisi .	28	1,65	.	26	20	33	32	17	42	40	55	54	88	120
43	Feo	29	1,73	.	27	26	35	37	18	30	50	40	50	80	92
44	Sokoreda...	26	1,70	.	23	15	28	27	19	45	59	45	43	96	112
45	Amenei	30	1,61	.	30	26	26	27	20	52	70	51	54	88	112
46	Horei.....	25	1,68	.	25	15	34	30	19	39	45	50	45	104	140
47	Lagwenda ..	25	1,69	.	26	17	26	31	18	35	47	40	48	80	92
48	Maliyanda..	38	1,63	.	32	26	30	28	19	39	55	48	46	88	120
49	Malischanda	35	1,64	.	21	19	29	25	19	60	52	43	46	84	108
50	Magire.....	30	1,62	.	24	13	26	23	20	54	68	48	46	88	120
51	Massai	32	1,68	.	30	21	31	28	25	50	65	48	43	80	112

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Versuchsperson: Name Stamm	Geschlecht Alter männl.	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek.	Hörschärfe cm r.	Hörschärfe cm l.	Sehschärfe m r.	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
	Ufiome.														
1	Baha	33	1,79	.	21	16	23	24	25	42	42	65	63	92	104
2	Weida	33	1,61	.	13	10	26	26	25	55	53	63	61	88	108
3	Ai	25	1,76	.	19	17	27	25	18	45	53	63	65	96	132
4	Oi	30	1,71	.	22	13	27	23	20	60	75	61	63	112	116
5	Getei	33	1,70	.	16	10	22	21	24	52	40	65	65	76	84
6	Drabe	24	1,72	.	28	19	29	27	25	45	40	61	63	88	104
7	Bumboda	22	1,64	.	25	15	30	28	19	72	72	66	60	104	112
8	Mohed	25	1,65	.	21	15	25	25	18	58	43	65	61	96	104
9	Homa	22	1,70	.	25	17	25	24	22	60	58	65	65	120	128
10	Kwaru	20	1,67	.	12	8	26	25	24	56	45	66	55	88	136
11	Joroda	24	1,69	.	16	9	30	24	22	72	65	63	60	80	100
12	Mohaleda	25	1,74	.	15	14	24	26	17	85	61	60	61	76	116
13	Koroc	20	1,64	.	11	11	25	27	20	38	65	60	63	76	96
14	Ingassi	22	1,64	.	11	10	22	24	21	45	33	0	65	100	136
15	Jameda	33	1,70	.	15	11	25	22	21	51	48	58	60	88	116
16	Kwei	weibl. 35 männl.	1,64	.	11	9	26	23	16	66	53	65	61	108	120
17	Muhed	25	1,65	.	14	12	22	19	16	58	50	63	66	96	132
18	Alawa	30	1,61	.	13	11	23	24	17	50	38	63	65	84	128
19	Hiria	34	1,60	.	6	2	28	28	20	48	58	65	63	94	120
20	Dadi	35	1,67	.	17	11	27	27	18	80	52	65	64	100	116
21	Kogumu	25	1,60	.	24	26	26	23	17	34	30	66	66	92	128
22	Daiu	24	1,69	.	32	27	28	32	18	61	65	61	63	96	120
23	Sanin	26	1,86	.	20	17	27	27	18	53	48	65	62	96	128
24	Gora	25	1,77	.	25	18	31	29	18	45	76	63	66	96	128
25	Giten	25	1,67	.	15	12	22	22	19	38	30	65	64	120	144
26	Nangei I	26	1,72	.	15	13	38	33	18	25	36	53	55	84	128
27	Duita	25	1,71	.	22	18	29	28	17	40	45	63	66	88	104
28	Homei	30	1,62	.	26	21	25	24	19	58	56	60	65	80	96
29	Hangali	26	1,62	.	28	19	24	17	18	48	58	65	60	88	108
30	Gu indoto	28	1,75	.	18	18	30	28	17	50	74	57	64	88	116
31	Nanga II	24	1,60	.	22	12	32	27	18	64	56	65	63	96	120
32	Konki	23	1,61	.	31	24	29	31	20	49	55	69	58	76	108
33	Aweti	22	1,63	.	10	11	27	30	19	50	55	67	65	80	96
34	Hante	25	1,71	.	25	18	29	27	18	54	58	61	61	84	100
35	Dosa	22	1,69	.	27	11	24	23	19	31	?	63	63	80	88
36	Hente	27	1,71	.	20	12	23	17	18	52	40	59	54	84	108
37	Dodo	33	1,72	.	18	14	29	26	19	32	47	68	61	84	120
38	Jahi	26	1,79	.	22	23	27	26	18	55	55	61	58	84	120

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Versuchsperson: Name Stamm	Geschlecht Alter männl.	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek.	Hörschärfe cm r	Hörschärfe cm l	Sehschärfe m r.	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
39	Kombako ..	30	1,66	.	20	17	34	30	17	74	57	57	71	96	116
40	Kimoto	25	1,74	.	28	19	30	30	19	56	55	63	70	96	104
41	Mudei	34	1,65	.	21	15	25	23	19	50	62	60	59	80	108
42	Trubu	24	1,63	.	22	15	24	22	21	56	60	61	63	88	120
43	Daso	25	1,69	.	22	17	30	29	19	62	65	51	56	96	116
44	Mafita	25	1,63	.	32	21	26	25	19	60	62	65	61	76	104
45	Hansi.....	30	1,69	.	20	18	28	26	18	60	86	61	55	80	100
46	Ketengi	30	1,63	.	28	16	25	27	20	61	66	49	51	64	100
47	Baa	28	1,66	.	15	10	33	30	17	46	58	53	53	80	112
48	Matei.....	22	1,58	.	8	9	28	24	19	70	70	76	67	84	112
49	Kimoto....	22	1,68	.	16	10	24	24	18	61	79	63	0	64	108
50	Bu	24	1,68	.	25	17	30	33	17	57	60	58	58	88	100
51	Nasi.....	28	1,68	.	23	25	30	30	17	67	69	60	40	88	108
52	Bombo	30	1,68	.	31	22	32	27	17	71	72	64	44	96	136
53	Mursi.....	25	1,83	.	39	28	27	25	16	61	28	60	66	100	112
54	Siga	24	1,68	.	35	26	26	28	17	20	55	70	63	80	104
55	Shangwe ...	28	1,63	.	38	34	16	15	18	41	38	55	62	72	88
56	Ada	30	1,64	.	28	21	33	32	19	45	55	57	63	68	104
57	Kukumo ...	26	1,62	.	29	25	25	25	18	55	60	61	60	96	104
58	Gitanre	25	1,68	.	20	17	25	25	18	60	48	63	62	100	120
59	Gali	25	1,72	.	32	25	29	29	17	50	53	62	71	96	136
60	Sidame	28	1,70	.	34	28	31	25	18	49	52	65	65	72	104
	Mrangi.														
1	Libua	23	1,58	47	12	10	9	11	20	72	50	60	60	66	116
2	Mresa	25	1,63	48	15	15	19	20	18	70	72	40	40	92	116
3	Mjuti.....	23	1,63	45	7	4	19	21	20	72	62	50	35	100	128
4	Mjala.....	25	1,64	49	5	3	22	23	20	60	63	35	20	100	130
5	Mbuzi	28	1,70	50½	15	15	25	24	18	68	56	41	42	96	104
6	Meingo	30	1,57	52	13	14	22	22	20	76	71	42	50	80	120
7	Toroko	28	1,65	45	14	10	21	25	18	72	73	30	41	80	98
8	Massara....	26	1,54	43	10	4	24	23	22	60	60	17	25	68	80
9	Issaka I....	25	1,68	44	13	7	21	20	17	77	76	66	40	80	112
10	Mgindo	25	1,63	53	14	5	24	24	17	72	70	42	35	88	126
11	Kimolo I ..	30	1,64	47	14	13	28	27	20	70	67	38	30	80	104
12	Maloko	25	1,68	74½	20	17	33	30	20	60	71	38	40	88	126
13	Issaka II...	28	1,61	49	9	7	25	24	18	70	70	35	35	64	80
14	Iserre.....	18	1,59	44½	8	4	22	20	19	72	68	43	42	80	116
15	Jange	25	1,52	53	10	12	29	29	19	70	60	33	30	84	104
16	Moha.....	23	1,62	42½	17	12	20	19	22	65	56	40	35	90	112

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Versuchsperson				Muskelkraft					Hörschärfe cm		Sehschärfe m		Pulszahl	
Name Stamm	Geschlecht Alter	Länge	Gewicht	Hubkraft 10 kg		Spannkraft		Lauf 120 m					in Ruhe	nach 10 Kniebeugen
	männl.	m	kg	r.	l.	r.	l.	Sek.	r.	l.	r.	l.		
Pandi	25	1,58	45	13	12	19	20	17	72	72	40	45	88	128
Ninga	25	1,65	43½	11	13	24	24	17	55	62	43	45	84	112
Binini	23	1,70	47½	15	9	24	25	20	65	72	45	40	62	96
Juma	20	1,70	56½	16	10	32	28	22	80	83	48	45	88	120
Kimolo II	25	1,61	48	19	10	29	23	20	65	58	50	48	88	124
Kilala I	28	1,65	53½	15	15	35	32	22	71	71	51	53	84	116
Kuki	25	1,63	47	20	20	25	25	19	30	47	38	50	100	124
Mlori	18	1,64	49½	14	10	24	25	19	60	70	55	60	96	126
Kilala II	20	1,55	45	15	10	28	25	19	66	60	35	30	92	124
Libua II	23	1,65	49½	21	24	33	28	19	77	80	51	43	104	128
Boki	25	1,65	48½	20	20	29	25	18	77	68	52	45	120	136
Nande	20	1,49	42	20	20	27	25	20	70	68	26	74	100	142
Kidunda	23	1,61	49	19	17	23	21	18	74	71	41	41	88	124
Bohu	28	1,72	49½	15	13	26	22	21	72	74	35	30	84	114
Marußu	27	1,67	50	17	16	24	24	20	70	65	75	40	84	106
Issaka III	28	1,66	44½	14	14	22	16	17	74	65	35	43	100	132
Sondo	29	1,71	53½	17	17	27	26	21	60	34	42	47	88	102
Mahita	25	1,68	54	15	16	28	28	18	60	60	47	46	80	108
Dodi	26	1,69	47½	20	14	27	26	21	70	71	44	46	120	136
Mjala	28	1,71	44	4	2	27	23	17	53	62	40	40	116	140
Sassi	25	1,49	41½	11	5	21	21	18	66	74	46	44	88	108
Saida	27	1,60	47	22	18	29	26	18	63	69	50	42	104	120
Kimolo III	25	1,59	48½	34	30	22	22	18	81	71	31	33	96	104
Ali	27	1,65	51	20	11	27	27	17	78	71	32	34	76	96
Kilongo	30	1,67	53½	13	17	26	23	20	35	40	45	37	72	96
Hemei	33	1,65	48½	19	16	27	27	20	50	65	33	40	84	108
Jondu	25	1,61	48½	20	15	28	24	20	90	100	30	35	96	104
Hema	25	1,60	48½	26	26	25	22	18	100	50	35	38	96	100
Saidi	30	1,62	49	30	22	29	24	19	30	60	45	50	108	122
Kiro	20	1,60	44	24	15	25	27	19	100	40	50	48	72	92
Mbantir	30	1,67	46	24	15	25	26	19	70	55	40	35	80	100
Mesanja	25	1,67	52	33	33	28	28	18	75	80	45	40	76	96
Issaka	25	1,68	49½	31	21	30	27	19	100	100	50	40	80	108
Lijua	30	1,66	49	40	33	26	30	18	90	80	52	55	80	112
Mboa	25	1,57	55½	21	22	29	25	17	90	70	50	48	80	96
Jinga	28	1,67	58	30	25	34	33	18	70	72	55	0	72	84
Tugo	33	1,65	56	35	22	39	31	18	76	75	60	40	68	108
Jenda	28	1,57	50	20	22	23	23	19	95	74	40	30	60	100
Isai	25	1,58	46½	33	22	23	26	18	73	85	40	45	80	96
Pore	28	1,69	56	43	31	32	30	17	75	63	55	55	72	108

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Versuchsperson: Name Stamm	Geschlecht Alter männl.	Länge m	Gewicht kg	Muskelkraft: Hubkraft 10 kg r.	Hubkraft 10 kg l.	Spannkraft r.	Spannkraft l.	Lauf 120 m Sek.	Hörschärfe cm r.	Hörschärfe cm l.	Sehschärfe m r.	Sehschärfe m l.	Pulszahl in Ruhe	Pulszahl nach 10 Kniebeugen
57	Bora	26	1,58	44½	31	34	29	26	18	35	68	35	30	60	76
58	Magassi	23	1,55	41½	40	42	29	24	19	83	45	25	30	72	88
59	Sadju.....	23	1,59	44½	34	22	28	27	18	35	67	40	45	60	76
60	Marußu	28	1,60	44½	32	25	26	22	18	100	100	45	45	72	88
	Europäer.														
1	Sp.....	28	1,72⁵	69	35	30	40	35	20	100	100	50	48	80	116
2	G.....	30	1,74⁵	80	30	15	43	41	.	?	?	30	40	88	112
3	Tr.....	38	1,59	75	.	.	43	29	.	90	85	30	30	116	128
4	S.....	25	1,73⁵	74	42	38	41	36	.	100	100	45	47	88	124
5	Sch.....	34	1,70	65	17	14	32	27	.	100	65	45	30	88	96

Erläuterungen zu den Untersuchungen über die physische Leistungsfähigkeit der Eingeborenen.

Auswahl der Personen.

Verwandt für die Untersuchungen wurden nur Personen, die nach vorangegangener Untersuchung als gesund befunden worden waren.

Hubkraft.

Für die Prüfung der Hubkraft wurden 2 Sandsäcke von je 5 kg Gewicht an den Enden eines Stabes befestigt und dieses Gewicht von 10 kg zuerst mit dem rechten Arm, dann mit dem linken Arm von Schulterhöhe an in senkrechter Richtung nach oben gestreckt. Die Zahlen in der Rubrik Hubkraft geben die Anzahl der Streckungen an.

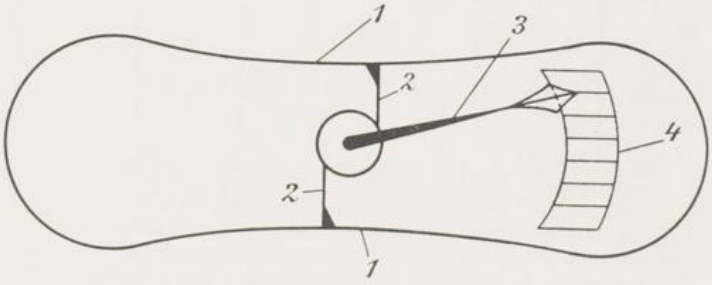
Spannkraft.

Für die Prüfung der Spannkraft konnte von einem Geologen ein Dynamometer angekauft werden, welches folgende Konstruktion hatte: Ein Stahlbügel von annähernd ovaler Gestalt wird in die Hand genommen und in querer Richtung zusammengedrückt. Diese Druckwirkung wird von je einem Hebel auf jeder Seite des Stahlbügels auf einen Zeiger übertragen, welcher auf einer Skala die Kraft in Kilo an-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

zeigt. Die Druckübertragung auf den Zeiger ist so eingerichtet, daß nach dem Aufhören der Druckwirkung ein Zurückschnellen des Zeigers auf den Nullpunkt nicht erfolgen kann, der Zeiger bleibt vielmehr auf dem Punkt stehen, auf den er durch die maximale Druckwirkung eingestellt worden ist. Die in der Rubrik Spannkraft angegebenen Zahlen geben die Mittelwerte an, welche gewonnen worden sind bei dreimaliger Anwendung des Dynamometers, abwechselnd rechts und links.

Zeichen zur Erklärung des Dynamometers.



1 = Stahlbügel.
2 = Hebel, welche den in querer Richtung ausgeübten Druck auf den Zeiger übertragen.
3 = Zeiger.
4 = Skala.

Sehschärfe.

Für die Prüfung der Sehschärfe wurden aus weißer Pappe Tafeln hergestellt, in die runde Flecke von 1 cm Durchmesser mit schwarzer Farbe eingezeichnet wurden. Die unter Sehschärfe eingetragenen Zahlen geben, ausgedrückt in Metern, die maximale Entfernung an, auf die hin die Anzahl der einzelnen Flecke auf den Tafeln bestimmt werden konnte.

Hörschärfe.

Die Hörschärfe wurde geprüft vermittels des Tickens der Uhr und die maximale Entfernung, auf die hin das Ticken gehört wurde, mit dem Metermaß abgemessen. Die unter Hörschärfe eingetragenen Zahlen geben die maximale Entfernung an, ausgedrückt in Zentimetern.

Herzbefund.

Außer der Bestimmung der Pulszahl, die in einzelnen Fällen deutlich beschleunigt war, fand jedesmal eine Untersuchung des Herzens statt, doch hat sich ein organischer Herzfehler in keinem Falle nachweisen lassen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2. Mikroskopische Blutuntersuchungen.

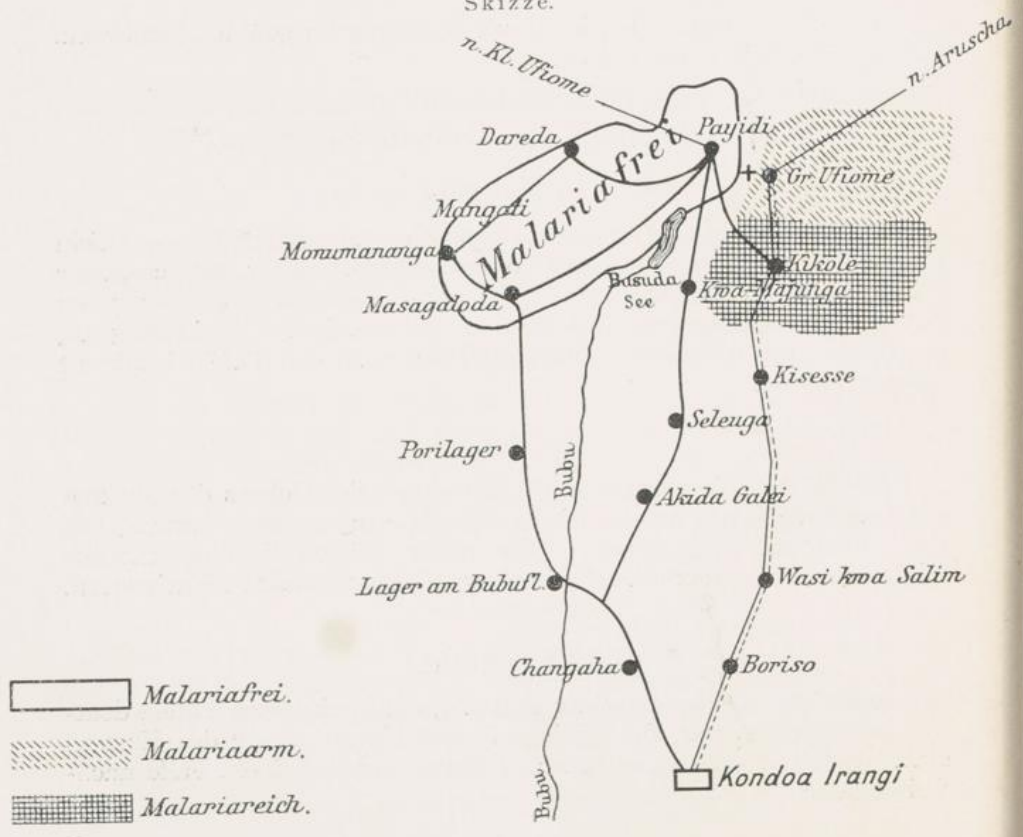
Von Oberarzt Dr. Schulz in Kondoa-Irangi.

Datum	Ortschaft Jumbe	Personen Alter	Personen Zahl	Malaria tertiana	Malaria quartana	Tropica (Halbmonde)	Tropica (Ringe)	Bemerkungen
9. 3. 1912	Mangati Masagaloda	10	25	—	—	—	—	Anophelesbefund negativ
12. 3. 1912	Mangati Dareda	10	23	—	—	—	—	desgl.
15. 3. 1912	Kl.-Ufiome Pagidi	10	24	—	—	—	—	desgl.
19. 3. 1912	Gr.-Ufiome Wansawe	10	23	1	—	—	3	Anophelesbefund positiv
21. 3. 1912	Kikole Mohamadi	10	25	2	2	4	12	desgl.

Erläuterungen:

Nach vorstehenden Untersuchungen sind die Landschaften Mangati und Kl. Ufiome malariafrei. Indessen dürfte in diesen beiden Landschaften eine Nachprüfung der Resultate zu einer anderen Jahreszeit erforderlich sein, da bis zum Zeitpunkt der Blutentnahme die Niederschlagsmengen in diesen Landschaften nach Angabe der Eingeborenen nur sehr gering waren.

Skizze.



3. Mikroskopische Blutuntersuchungen.

Von Stabsarzt Dr. Schumacher in Mahenge.

Datum	Ortschaft	Ungefähre Meereshöhe	Kinder	Positiv	% rund	Anopheles-befunde
Febr. 1912	Mahenge	1 000 m	44	10*	25	negativ
Febr. 1912	Kwa Mtolere	1 000 m	37	—	—	desgl.
März 1912	KwaGambira	1 020 m	45	—	—	desgl.
März 1912	Isongo	900 m	23	11	50	positiv

4. Mikroskopische Blutuntersuchungen.

Von Stabsarzt Dr. Radloff in Iringa.

Datum	Ortschaft	Personen Alter	Personen Zahl	Tertiana	Quartana	Halb-monde	Tropica-Ringe	Andere Ringe	Anopheles-befund
26. 3. 1912	Iringa	4	1	—	—	positiv	positiv	—	negativ
		2	2	—	—	positiv	—	—	
		2½	7	positiv	—	—	—	positiv	

5. Ortschaftsstatistik.

Von Stabsarzt Dr. Schumacher in Mahenge.

Datum	Ortschaft Jumbe	Zahl der Hütten	Zahl der erwachsenen Männer	Zahl der erwachsenen Frauen	Zahl der Kinder	Zahl der Greise	Zahl der Menschen	Zahl der Rinder	Zahl der Kühe	Zahl des Kleinviehs
7. 3. 1912	Meji	70	124	161	103	1	389	—	—	6
8. 3. 1912	Kirambo	18	16	36	21	—	73	—	—	—
9. 3. 1912	Mkaha	30	47	80	29	—	156	—	—	3
9. 3. 1912	Kingombe	4	12	20	8	—	40	—	—	—
9. 3. 1912	Nambahe	4	8	13	9	—	30	—	—	—
10. 3. 1912	Madege	13	25	31	17	—	73	—	—	—
10. 3. 1912	Msakamba	20	26	35	14	—	75	—	—	—
10. 3. 1912	Kokoujella	6	6	8	—	—	14	—	—	—
10. 3. 1912	Msamtulla	20	24	32	16	—	72	—	—	5
11. 3. 1912	Njale	20	31	41	18	—	90	—	—	7
11. 3. 1912	Rupia	40	43	56	28	—	127	—	—	13
12. 3. 1912	Lohombero	10	13	14	5	—	32	—	—	—
12. 3. 1912	Lijando	21	33	42	19	—	94	—	—	6
12. 3. 1912	Gambira	18	25	32	11	—	68	—	—	10
Summe	14 Ortschaften	294	433	610	298	1	1 342	—	—	50

* Die Kinder waren bereits im Bezirk auf Reisen gewesen bzw. zugewandert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

6. Ernährung.

Von Stabsarzt Dr. Radloff in Iringa.

Datum	Bevölkerungsgruppe	Zahl	Gesamtgewicht	Beobachtungtage	Fleisch	Maismehl	Bohnen
März 1912	Kettengefangene	7	389 kg	7	5,25 kg	21 kg	28 kg

Es waren enthalten	in den verbrauchten Nahrungsmitteln				Verbrauch		
	Fleisch	Maismehl	Bohnen	gesamt	an einem Tage	pro Tag und Kopf	pro kg
Eiweiß	1,05 kg	1,89 kg	6,72 kg	9,66 kg	1,38 kg	0,19 kg	0,02 kg
Fett	0,1 kg	0,42 kg	0,56 kg	0,99 kg	0,14 kg	0,02 kg	0,002 kg
Kohlehydrate	—	15,12 kg	15,4 kg	30,16 kg	4,3 kg	0,61 kg	0,07 kg
Nährwerteinheiten	525	5 880	7 280	13 685	1 955	279,28	35,17

7. Feststellungen über Eingeweidewürmer.

Von Stabsarzt Geisler.

Sanitätsdienststelle	Bei wem	Zahl der Untersuchten	Ascarus lumbricoides	Trichoceph. trichiurus	Ankylost. duodenale	Strongyloid. stercoralis	Unbestimmt, ob Ankylost. duod. oder Strongyloid. sterc.
Neu-Langenburg	Polizei-Askari,	80	49	1	2	8	3
	deren Weiber,	56	29	1	2	3	4
	Kinder, Boys	13	9	1	—	—	—
	usw.	3	3	—	—	—	—
»	Strafgefangene	61	11	—	3	2	—
	Summe...	213	81	3	7	13	7

14. Gesundheitsverhältnisse einzelner Stationen[1]).

Wilhelmstal liegt in ungefähr 1450 m Seehöhe und gilt infolge der Höhenlage als malariafrei.

Da die meisten dort ansässigen Europäer das Gebirge gar nicht oder nur ausnahmsweise verlassen, so hat Chininprophylaxe gar nicht

[1]) Vgl. auch damit Kap. 12 »Seuchenbekämpfung«, in dem die im Schutzgebiete herrschenden Seuchen behandelt sind.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

oder nur vereinzelt stattgefunden. Die hiesige Bevölkerung blieb auch mit ganz wenig Ausnahmen von Malaria verschont.

Der Gesundheitszustand der Europäer in Tanga war, wie Oberstabsarzt Dr. Lott schreibt, im allgemeinen günstig.

Die Erkrankungen an Malariafieber machten etwa ein Viertel aller Krankheitsfälle aus, die in Behandlung kamen. Fälle von Unterleibstyphus traten nur vereinzelt auf; im ganzen kamen 4 Typhuskranke in Zugang, bei 3 war die Infektion im Schutzgebiet erfolgt, bei 1 in Europa.

Unter der Eingeborenenbevölkerung traten Windpocken und Masern epidemisch auf. Ferner kamen 5 Fälle von Genickstarre in Zugang; sie betrafen Arbeiter, welche am Bahnbau beschäftigt waren, 2 von ihnen starben. Von außerordentlicher Bedeutung für die Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen ist der Umstand, daß die Wurmkrankheit nicht mehr so viel Opfer fordert wie früher und im Rückgang begriffen scheint. Trotz des erhöhten Krankenzuganges war die Zahl der Wurmkranken, welche in Behandlung kamen, geringer als im Vorjahr, sie machte diesmal nur 12 %, im Vorjahr 20 % des Gesamtzuganges aus, desgleichen war die Zahl der Todesfälle an Ankylostomiasis geringer (61 gegen 102 im Vorjahr). Ebenso ergaben die Stuhluntersuchungen im hiesigen Krankenhause, daß nicht mehr 80—90 %, wie in früheren Jahren, sondern nur noch 60 % Wurmträger unter den untersuchten Eingeborenen gefunden wurden. Die beiden Fälle von Rückfallfieber, welche hier festgestellt wurden, stammten nicht aus Tanga; sie betrafen einen Europäer, der aus Muansa, und ein Inderkind, das aus Uganda zugereist kam.

Größere Epidemien kommen in Daressalam seit Jahren nicht mehr vor, wie Stabsarzt Dr. Feldmann berichtet.

Einzelne Fälle von Pocken, meist in abgeschwächter Form, sind der Ausdruck dafür, daß die Pockengefahr, wie im übrigen Schutzgebiet, auch in Daressalam besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Den Bestrebungen zur Durchimpfung von Daressalam, das bei dem starken Wechsel der Bevölkerung mehr bedroht ist als kleinere Ortschaften, ist schon jetzt ein bemerkenswerter Erfolg beschieden gewesen.

Von sonstigen Volkskrankheiten wird besonders der Wurmkrankheit, die noch immer stark verbreitet ist, volle Aufmerksamkeit geschenkt. Es steht zu hoffen, daß die energisch in Angriff genommene Stadtsanierung wesentlich zur Eindämmung dieser gefährlichen Seuche beitragen wird.

In neuerer Zeit macht das Vordringen der Lungentuberkulose Fortschritte. Auch demgegenüber sind Abwehrmaßregeln in die Wege geleitet worden.

Für die Bekämpfung der Malaria arbeitet seit Jahren mit sicht- und fühlbarem Erfolge die Malariabekämpfung. Die geplante gründliche Sanierung des Inderviertels wird die Malariaabwehr sicherlich sehr fördern.

Von sonstigen Tropenkrankheiten kommen Infektionen mit Filaria Bankrofti (Filaria loa und Filaria perstans sind glücklicherweise abwesend) in der ganzen Mannigfaltigkeit ihres Symptomenkomplexes häufiger vor.

Beriberi (die hydropische und atrophische Form) und Starrkrampf kommen vereinzelt in Behandlung.

Kalaazar ist bisher nie beobachtet worden.

Die gesundheitlichen Verhältnisse bei den Eingeborenen des Bezirks Daressalam waren im allgemeinen gut. Der Süden des Bezirks wurde vom Stabsarzt Dr. Peiper durchgeimpft. Die Gesamtzahl der Geimpften betrug 18 567 Personen. Mit Ausnahme der noch scheuen Bevölkerung im Süden des Akidats Maneromango war die Beteiligung der Eingeborenen recht rege, und die Impfung konnte ohne irgendwelche Zwangsmaßregeln durchgeführt werden. Im Süden des Bezirks Maneromango bei Kissangire brachen am Schluß des Berichtsjahrs Pockenerkrankungen aus. Ein sofort entsandter Sanitätsunteroffizier stellte

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

fest, daß etwa 10 Personen gestorben waren. Er nahm umfangreiche Impfungen vor. Weitere Todesfälle kamen dann nicht mehr vor.

Das Gouvernement hatte aus dem Sewa-Hadji-Fonds dem Bezirksamt gegen 4 000 Rp. zum Bau eines Lepraheimes in der näheren Umgebung von Daressalam zur Verfügung gestellt. Die Platzfrage wurde im Einvernehmen mit dem Medizinalreferat dahin gelöst, daß eine von Eingeborenensiedlungen abgelegene Stelle am Südkreek ausgesucht wurde. Dort wurde ein Platz von ungefähr 20—30 ha völlig gerodet. Auf diesem wurden 6 größere mit Wellblech gedeckte Häuser errichtet und Mohogo, Kunde und in der Nähe der Häuser Palmen und Mangobäume gepflanzt. Hierzu kommt noch ein Wärterhaus mit großem Vorratsraum. Die Anlage macht einen freundlichen Eindruck, und es ist zu erwarten, daß die dort angesiedelten Kranken sich heimisch fühlen werden. Die vom Bezirksamt angestellten Ermittlungen über Verbreitung der Leprakrankheit hatten das Ergebnis, daß im Bezirk mehrere hundert Leprakranke, vorhanden sind. Allein aus dem Akidat Vikundu kamen 44 Leprakranke und die bisher erbauten Häuser sind mit gegen 60 Kranken schon voll belegt. Die Anlage ist jedoch derartig, daß eine Erweiterung jederzeit möglich ist. Für die Folgezeit wird es jedenfalls ratsam sein, weitere Lepraheime mit geringen Kosten bei den einzelnen Akidensitzen zu errichten, da die Unterhaltung des Kranken in der Nähe der Hauptstation bedeutende Mehrkosten verursacht.

Die Todesfälle unter den Eingeborenen in der Stadt Daressalam betrugen 324 einschließlich der Araber, Inder und Banjanen. Europäer starben im Berichtsjahr 24, darunter 5 an Malaria, 3 an Schwarzwasserfieber. Es war festgestellt worden, daß viele Todesfälle leider auf eigenes Verschulden der Verstorbenen insoweit zurückzuführen sind, als sie nicht rechtzeitig ärztlichen Rat aufgesucht oder allgemeine in den Tropen selbstverständliche sanitäre Maßnahmen nicht befolgt haben. Von den Verstorbenen waren in der Stadt Daressalam 20 Personen ansässig.

Zur Bekämpfung der Erreger der Malaria wurden mit Hilfe weiterer Mittel, die das Medizinalreferat bereitstellte, eine Talsenkung auf der Brettschneiderschamba, die früher monatelang Wasser beherbergte, zugeschüttet; sämtliche Abzugsgräben wurden gereinigt.

Im Interesse der Reinlichkeit des Stadtbezirkes wurde das Halten von Vieh in größeren Mengen innerhalb der engeren Stadtgrenze verboten. Die Viehherden sind jetzt auf Schamben und Weideplätzen in der Umgebung der Stadt untergebracht.

Die kranken Eingeborenen wurden in der Stadt im Sewa-Hadji-Hospital behandelt, die Geisteskranken wurden nach Lutindi in die Heilanstalt des evangelischen Afrikavereins in Westusambara geschickt.

Die Gesundheitskommission mußte sich davon überzeugen, daß leider im Innern der Stadt Daressalam für die Verbreitung der Anophelesmücken die besten Vorbedingungen gegeben sind: Wasserlachen, stehende Pfützen, Wasser in Petroleumtins und Fässern sind nicht nur in den Höfen der Inder, sondern auch in Hofräumen der Europäer zu finden. Den Belehrungen und Anordnungen wird nur ungern Folge gegeben und die Abstellung der Übel ist daher mit Schwierigkeiten verknüpft. Gänzlich unhaltbar erscheint aus sanitären Gründen die Beibehaltung der Inderstadt zwischen Inderstraße und Marktstraße in der jetzigen Gestalt. Ein baufälliges Haus neben dem anderen, vorn ein schmutziger Laden und im Hofe kleine Bretterverschläge in großer Menge, in denen nicht nur einzelne Personen, sondern ganze Familien wohnen. In manchen kleinen Höfen hausen 50—60 Personen; jeder hat seine unreine Abortgrube, die als beliebte Schlupfwinkel für unzählige Ratten dienen, und ganz in der Nähe der Abortgruben und Senkgruben für übelriechende Flüssigkeiten befinden sich die Brunnen zum Wasserschöpfen. Eine gründliche Sanierung dieses Stadtteils ist ein unerläßliches, unaufschiebbares Bedürfnis.

Die Malaria ist in Mohoro, wie Oberarzt Dr. Mohn schreibt, endemisch und hat in diesem Berichtsjahre fast jeden Europäer auf

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

der Station trotz Chininprophylaxe, besonders in der Regenzeit, heimgesucht. Dies liegt vor allem an der Lage der Station, die dicht am Mohoroflusse liegt, der in der Regenzeit sein Überschwemmungsgebiet beinahe bis an die Station hin ausdehnt, wo sich dann das Wasser in den Tümpeln und dem dichten Schilfgrase lange hält und stagniert.

Der Ort Kilwa ist, wie Oberarzt Dr. Schönebeck schreibt, durch geologische Verhältnisse bedingt, nicht als ein gesundheitlich begünstigter Platz zu bezeichnen. An einen kahlen Berg gelehnt, der die Landwinde abhält, von Niederungen umgeben, die unausrottbare Mückenbrutplätze bilden, wegen bedürftiger Bewaldung der Berghänge, heiß und staubig, bietet der Ort nur Reize in seinen dem Strande nahegelegenen grünen Anlagen und Baumgruppen. Ist auch das Straßenbild sauber, so bieten die Höfe der Inder doch einen abscheulichen, ekelerregenden Anblick durch die Nachlässigkeit dieser Rasse in allem, was nicht dem Geldverdienst nutzbar zu machen ist. Üble Gerüche dringen bis an die Europäerwohnungen, Unmengen von Fliegen und Mücken gefährden die Gesundheit.

Besser ist es mit dem in den Matumbibergen gelegenen Kibata bestellt. Es liegt auf einem Kegelberg, im weiten Umkreis von den Matumbibergen umgeben, dem Wind von allen Seiten ausgesetzt. Die nächtliche Abkühlung ist bei der Höhenlage von 600 m schon recht beträchtlich. Malaria gibt es in den Tälern des Matumbigebirges. Die Wasserverhältnisse sind gut. Erkältungskrankheiten treten häufiger auf.

Liwale ist durch Malaria sehr heimgesucht. Auch ist die Abkühlung bei 500 m Höhenlage nicht erheblich. Der die Station umgebende Wald hindert die Winde aus Süden und Osten, den Ort kräftig zu durchlüften. Seit der Fertigstellung des Regenwasserbehälters im Bomahof steht gutes Wasser zur Verfügung.

Tschole, die Verwaltungsstelle für die Insel Mafia, ist ein sehr ungesunder Platz durch die dort herrschende Hitze, Schwüle und die ständig herrschende Malaria. Indessen ist auch Kilindoni, der neue Sitz der Bezirksnebenstelle auf Mafia, durch Malaria bedroht. Ein stehendes Wasser südlich des Zollgebäudes, ein versumpfter Bachlauf zu Füßen des für die Verwaltungsgebäude bestimmten Berges und ein Sumpf in 1 km Entfernung davon erzeugen Unmengen von Anophelen.

Eine von Mafia unternommene Pilgerfahrt nach Mekka verursachte eine Anzahl Erkrankungen. Von 30 Reisenden starben unterwegs 10, der Rest kam vollkommen krank und erschöpft zurück. Anscheinend hat es sich um Darmkrankheiten gehandelt.

Über die Gesundheitsverhältnisse von Ssongea wird folgendes berichtet:

Die Gesundheitsverhältnisse unter den Europäern waren gut; dagegen muß leider von den Gesundheitsverhältnissen unter den Eingeborenen ein sehr trübes Bild entrollt werden. Bei den Jumben Mtira und Ali am Rovuma starben plötzlich je 10 Personen. Dort entnommene Blutproben ergaben das Vorhandensein von Schlafkrankheit. Bis jetzt ist diese Krankheit bei 19 Personen festgestellt. Ein Polizist ist sogar im Orte Ssongea an dieser Krankheit im Februar d. J. ver-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

storben. Mit der Bekämpfung dieser Seuche sind zur Zeit 2 Ärzte hier beschäftigt, und 4 Stunden südwestlich von Ssongea ist ein Schlafkrankenlager errichtet worden.

Weitere ärztliche Untersuchungen haben eine außerordentlich starke Verbreitung der Wurmkrankheit im ganzen Bezirk ergeben. 15 Minuten von Ssongea ist eine Baracke zur Unterbringung und Behandlung dieser Kranken erbaut worden.

Eine öffentliche Bekanntmachung ist erlassen worden, daß sämtliche von hier nach auswärts anzuwerbenden Träger und Arbeiter der Sanitätsdienststelle zur ärztlichen Untersuchung vorgeführt werden müssen.

Zur Durchführung dieser Verordnung ist die portugiesische Grenze durch Askaripatrouillen gesperrt, weil sich ergeben hat, daß mehrere der Infektionen an Trypanosomiasis mit großer Wahrscheinlichkeit im portugiesischen Gebiet erfolgt sind, und sämtliche Sultane, Jumben und Bezirksamtangestellte sind angewiesen worden, keinen Eingeborenen ohne ärztlichen Ausweis aus dem Bezirk zu lassen.

Außer diesen Seuchen herrscht hier noch Bilharzia, namentlich bei Kindern, Framboesie und Malaria in den Flußniederungen. An Pocken sind in Upangwa 21 Personen gestorben. In Upangwa ist diese Krankheit bereits erloschen, während sie vor kurzem in Matumbi wieder aufgetreten ist. Es sind 7484 Personen geimpft worden. Im letzten Monat des Berichtsjahres sind noch 9 Personen an Ruhr gestorben. In Lundussi, $^1/_2$ Stunde von der Mission Peramiho, ist ein Lepraheim errichtet worden, in dem sich 130 Kranke befinden. Im Lepraheim auf der Insel Lundo im Nyassasee sind 57 Kranke untergebracht. Dann sind noch während des Berichtsjahres folgende hygienische Maßnahmen zur Durchführung gebracht worden: Anlage von Aborten, Schutz von Wasserstellen durch feste Umfriedigungen sowie Fassung dreier Quellen. Durch letztere Maßnahme ist für den Ort Ssongea einwandfreies Trinkwasser geschaffen worden.

Die Störungen der Gesundheit unter der Bevölkerung Aruschas sind im Berichtsjahre, wie Stabsarzt Dr. Greisert berichtet, in den gewöhnlichen Grenzen geblieben. Hervorzuheben ist nur, daß mehrmals unter den Weißen wie Farbigen Erkrankungen an Grippe in größerer Zahl auftraten. Ferner wurden unter den Kindern von Europäern und Farbigen einige Male typische Fälle von Keuchhusten beobachtet.

Unter der Bevölkerung westlich von Aruscha, auch unter den am Engare ol mutonje ansäßigen Europäern, traten Augenentzündungen in größerer Zahl auf; meist waren es hartnäckige Bindehautentzündungen, selten Hornhautentzündungen.

In Moschi selbst kommen nach einem Berichte des Stabsarztes Wünn unter den Europäern wenig Krankheiten vor. Sie bestehen meist aus Erkältungskrankheiten, zu denen die häufig kalte und meist sehr feuchte Luft reichlich Veranlassung bietet, dann aus Störungen der Herztätigkeit, wie sie durch die erhebliche Höhenlage (1100 m) mit dem hier dauernd nötigen Bergsteigen verknüpft ist. Denn in Moschi gibt es keinen ebenen Weg, man steigt dauernd bergauf oder bergab. Infektionen mit Malaria kommen in der Regenzeit vor, sind aber selten. Ebenso ist es bei den Farbigen, nur daß bei ihnen noch Rückfallfieber dazukommt. Augenblicklich wird diese Krankheit meist schon von den kleinen Kindern durchgemacht; die Erwachsenen scheinen sich eine gewisse Immunität erworben zu haben. Auch die Wurmkrankheit spielt unter den Farbigen eine große Rolle.

In Neu-Moschi spielt außer den genannten Krankheiten die Malaria die Hauptrolle. Genauere Zahlen werden sich darüber aber erst aufstellen lassen, wenn dort eine Poliklinik eingerichtet ist.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Oberarzt Dr. Schulz schreibt:

Über die für Europäer durchaus zuträglichen klimatischen Faktoren der 1490 m über dem Meeresspiegel gelegenen Station Kondoa-Irangi ist in dem Abschnitt »Klima« Näheres berichtet.

Von den am Orte endemisch herrschenden Krankheiten kommt der Malaria die größte Bedeutung zu. Sämtliche Formen der Malaria (Tertiana, Quartana, Tropica) sind vertreten. Es herrscht Saisonmalaria. Die ungünstigsten Monate sind die Monate Februar bis Juni, die Zeit gegen Ende und nach der Regenzeit. In den Eingeborenenhütten sowohl wie in den Europäerwohnungen kann um diese Zeit das häufige Vorkommen von Anopheles festgestellt werden. Von den 18 Europäern der Station (einschl. Schutztruppe und Mission) kamen im Berichtsjahre 7 Zugänge auf Malaria, von denen 5 Neuerkrankungen und 2 Rückfälle waren. In 4 Fällen war die Infektion mit Sicherheit auf der Station erfolgt. Einen Übelstand bilden die in nächster Nähe der Europäerwohnungen gelegenen Wohnungen der Polizeiaskari mit ihren Frauen und Kindern und Boys. Eine Besserung in dieser Hinsicht wird im kommenden Berichtjahre mit dem geplanten Neubau von Wohnhäusern für Gouvernementsbeamte und Schutztruppe eintreten. Als Maßnahme gegen die Malaria kann nur persönliche Prophylaxe in Betracht kommen. Der Beseitigung eines im Norden der Eingeborenenstadt gelegenen und als Malariabrutstätte hauptsächlich in Betracht kommenden Sumpfes stehen wirtschaftliche Bedenken entgegen, da genannter Sumpf die Bewässerungsanlagen der Europäergärten versorgt und den Eingeborenen als Zuckerrohrkulturen dient.

Recurrens ist am Stationsorte endemisch. Fast überall in den Hütten der Eingeborenen kann das Vorkommen der Ornithodorus moubata festgestellt werden. Die Zugänge in der Poliklinik — es kamen im Berichtsjahre nur drei Eingeborene mit Recurrens in Zugang — geben offenbar kein richtiges Bild von dem Vorkommen dieser Seuche. Bei den Eingeborenen pflegt das Rückfallfieber sehr leicht zu verlaufen, so daß der Besuch der Poliklinik unterbleibt. Unter Europäern sind im Berichtsjahr Erkrankungen an Recurrens nicht vorgekommen.

Die Dysenterie ist in epidemischer Häufigkeit nicht aufgetreten, dagegen kommen sporadische Fälle von Dysenterie unter Eingeborenen öfters vor. Die mikroskopischen Untersuchungen der dysenterischen Entleerungen ergaben meistens die Anwesenheit von Amoeben (Amoeba tetragena). Eine bestimmte Infektionsquelle hat sich nicht ermitteln lassen. Unter Europäern sind Erkrankungen an Dysenterie nicht aufgetreten.

Für das endemische Vorkommen von Ankylostomiasis haben sich bis jetzt Anhaltspunkte nicht ergeben. In den mit Ankylostomiasis in Zugang gekommenen Fällen handelt es sich um Personen, die aus Gegenden mit endemischer Ankylostomiasis zugereist waren.

Aus Morogoro schreibt Stabsarzt Dr. Jungels:

Der ungünstige Gesundheitszustand der europäischen, indischen und eingeborenen Bevölkerung in den letzten Jahren, das epidemische Auftreten von Unterleibstyphus, Amöbenruhr, Ankylostomiasis, epidemischer Genickstarre, die schwere Verseuchung des Ortes Morogoro mit tropischer Malaria in ihren schwersten Formen haben dazu geführt, daß sich hier in Morogoro im Berichtsjahr eine Gesundheitskommission gebildet hat, welcher der Stationsarzt, der Bezirksamtmann bzw. dessen Vertreter, und 2 Europäer angehören.

Als Hauptaufgabe hat sich die Kommission die Lösung folgender Fragen gestellt:

1. Trinkwasserversorgung,
2. Abwässer- und Müllbeseitigung,
3. Trockenlegung des Ortes Morogoro.

Seit Bestehen der Kommission hat sich zweifellos in vielen Punkten eine Besserung bemerkbar gemacht, wenn auch noch sehr viel zu tun übrig bleibt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Doch liegt es eben in der ganzen Art hygienischer Arbeiten und Verbesserungen, daß sie nur sehr langsam und allmählich vorwärtsschreiten, daß ihre Wirkung erst in langen Zeiträumen bemerkbar wird und daß die durch hygienische Verbesserungen entstandenen Ersparnisse an Pensionen, Krankenkosten usw. sich zahlengemäß leider nicht berechnen lassen.

Infolge der großen Sümpfe in und um Kilossa (Bezirk Morogoro) sind während des ganzen Jahres Anopheles und damit auch Malaria vorhanden. Es kamen im Berichtsjahre 19 Fälle von Malaria unter Europäern und 33 unter den Farbigen in Zugang, ohne diejenigen, die sich selbst behandelt oder nach Daressalam begeben haben. Zuweilen tritt auch Gehirnmalaria in schwerster Form auf. Es sind 2 Fälle unter den Postbeamten vorgekommen; die Kranken wurden sofort nach Morogoro überführt, wo sie kurz nachher starben.

Die Ankylostomiasis nimmt von Jahr zu Jahr zu. Die Krankheit wird verschleppt durch Leute, die, von Pflanzungen entlassen (hauptsächlich kommt der Bezirk Tanga in Betracht), in ihre Heimat gehen oder umgekehrt als Ersatz nach den Pflanzungen hingehen und ihren Aufenthalt nur vorübergehend in Kilossa nehmen.

Die Gesundheitsverhältnisse des Bezirks und besonders der Stationen Kilimatinde und Singidda können für Europäer, wie Oberarzt Dr. Bartels schreibt, als günstig bezeichnet werden.

Für Kilimatinde kommen hierfür besonders zwei glückliche Umstände als Ursachen in Betracht, erstens seine hohe Lage auf dem Rand des ostafrikanischen Grabens und zweitens die heftige Brise, die fast das ganze Jahr aus der Ugogosteppe von Südosten über die Station hinstreicht. Diese beiden Gründe sind wohl die Hauptursache, daß die Anopheles in Kilimatinde nie heimisch wird. Dazu kommt noch der schon unter »Klima« angeführte Umstand der geringen Niederschläge und die günstigen Bodenverhältnisse.

Chininprophylaxe wird von den Europäern nur auf Reisen getrieben. Auch das Moskitonetz wird in den Monaten Juni bis November von den meisten Europäern nicht benutzt, ohne daß schädliche Folgen daraus entstehen.

Unter den Eingeborenen, besonders unter den Steppenbewohnern, soll Malaria dagegen viel vorkommen.

Die Gesundheitsverhältnisse in Singidda sind sowohl in bezug auf Malaria wie im allgemeinen noch günstiger.

Ankylostomiasis spielt im Bezirk keine Rolle.

Rückfallfieber ist unter den Eingeborenen sehr verbreitet. Die Boys der von der Küste neu eintreffenden Europäer erkranken fast regelmäßig daran, sobald sie in den Eingeborenenhäusern der Stadt eine Schlafstelle beziehen. Für die Europäer kommt Rückfallfieber kaum in Betracht.

Lepra kommt im ganzen Bezirk vereinzelt vor. Eine Isolierung der Leprakranken ließ sich bisher noch nicht durchführen.

Die gemäßigten Temperaturen in Mahenge, schreibt Stabsarzt Dr. Schumacher, sowie der Umstand, daß hier Malaria bisher noch nicht nachgewiesen werden konnte, lassen Mahenge für Europäer als gut geeignet erscheinen, zumal die Möglichkeit besteht, Kartoffeln sowie europäische Getreide- und Gemüsearten anzubauen und Vieh

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

zu halten, wenn es gelungen ist, solches frei von Infektionen hierher zu bringen.

Farbige, die ein wärmeres Klima gewöhnt sind, leiden leicht an Erkältungskrankheiten.

Auch die Wasser- und Bodenverhältnisse sind für die Gesundheitsverhältnisse der Station von günstigem Einfluß. Das ganze Jahr hindurch gibt es frisches, stark fließendes Wasser, der gebirgige Charakter der Gegend verhindert ein Entstehen von Sümpfen.

Für Europäer muß Iringa, wie Stabsarzt Dr. Radloff berichtet, in gesundheitlicher Hinsicht als günstig bezeichnet werden. Vereinzelte Ansiedler sitzen mit ihren Familien seit Jahren hier, ohne körperlich und geistig irgendwelche Einbuße zu erleiden. Es leben eine Anzahl Europäerkinder hier, die zum Teil hier geboren sind und Iringa noch nicht verlassen haben. Ihre Entwicklung ist durchaus normal, sie sehen blühend und kräftig aus. Andererseits muß zugegeben werden, daß auch hier die Frauen, wenigstens zum Teil, an unregelmäßigen und gesteigerten Menses leiden. Auch Frühgeburten sind verschiedentlich beobachtet worden, deren Ursachen wenigstens zum Teil dem Tropenklima zur Last fallen.

Von den hier wohnenden Familien benutzen einige nie, auch nicht in der Regenzeit, Moskitonetze. Eine der Familien hat 3 Kinder, die alle hier geboren sind. Keines der Familienmitglieder hat bisher Malaria gehabt, ein Zeichen dafür, wie gering die Gefahr einer Infektion im Dorf ist. Ähnlich verhält es sich mit den Gesundheitsverhältnissen der Eingeborenen. In der kälteren Jahreszeit leiden sie wahrscheinlich etwas mehr unter der Kälte, da sie sich ihr hinsichtlich der Kleidung und der Wohnungsverhältnisse nicht in gleichem Maße wie die Europäer anpassen können. Es treten dann Erkältungskrankheiten auf. Im allgemeinen können aber die Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen ebenfalls als günstig bezeichnet werden.

Über den Gesundheitszustand der Europäer schreibt Oberarzt Dr. Petzoldt aus Muansa:

Die endemische Malaria hat sehr ungünstig auf den Gesundheitszustand der europäischen Zivilbevölkerung eingewirkt. Von insgesamt 124 meistens aus der Stadt Muansa zur Behandlung gelangten Europäern (gegen 97 im Vorjahre) erkrankten 52 an Malaria = 42,93 % der Gesamtmorbidität. Bei diesen 52 Malariafällen handelt es sich um folgende Formen: Malaria tropica: 31 Erkrankungen, 10 Rückfälle, 5 chronische; Malaria tertiana: 1 chronische; Malaria quartana: 2 Rückfälle; 3 Schwarzwasserfieber. Die Infektion ist bei den meisten Fällen nachweislich hier in Muansa erfolgt. 10 Fälle allein entfallen mit einer Summe von 67 Behandlungstagen auf Beamte des Gouvernements, d. h. diese 10 Erkrankungen bedeuten einen großen Ausfall von Arbeitskräften. Viel Schuld an den häufigen Malariaerkrankungen der Gouvernementsbeamten haben die Wohnungen, die in keiner Weise gegen Moskitos gesichert sind. Die Kosten eines nachträglich in den Häusern angebrachten Moskitoschutzes stehen in keinem Verhältnis zu dem Verlust an Geld und Arbeitskräften, den das Bezirksamt bzw. das Gouvernement durch die Malariaerkrankungen regelmäßig erleidet. Die 3 Schwarzwasserfieberanfälle sind auf vernachlässigte Malaria zurückzuführen. In allen 3 Fällen konnte durch eine Chiningewöhnungskur eine Gewöhnung an große Dosen (1 g und darüber) erzielt werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die außerhalb Muansa wohnenden Pflanzer und Farmer werden durch die endemische Malaria ebenfalls schwer in ihrer Gesundheit geschädigt und sind gezwungen, fast dauernd Chininprophylaxe zu treiben.

Nächst häufig kamen eitrige Prozesse (Furunkel und Zellgewebsentzündungen) zur Behandlung, insgesamt 12 = 9,67 % der Gesamtmorbidität.

Venerische Erkrankungen sind insgesamt 11 zugegangen (7 Tripper, 2 weiche Schanker, 2 Syphilis) = 8,87 % der Gesamtmorbidität. Die Geschlechtskrankheiten sind unter den Eingeborenen hier in Muansa außerordentlich verbreitet.

Akuter Darmkatarrh wurde ebenfalls ziemlich häufig beobachtet, der meistens als eine Folge der vielfachen Temperaturschwankungen aufzufassen ist, wie sie namentlich gegen Ende der Regenzeit aufzutreten pflegen, insgesamt 10 Fälle = 8,06 % der Gesamtmorbidität.

Von weiteren Erkältungskrankheiten, die auf klimatische Einflüsse zurückzuführen sind, wären 4 akute Brochialkatarrhe und 1 Lungenentzündung hervorzuheben, die tödlich endigte.

Erkrankungen an Amöbenruhr sind 4 zu verzeichnen: 3 Ersterkrankungen, 1 Rückfall. 2 Fälle haben sich außerhalb, 1 in Muansa selbst infiziert. 1 Europäer mußte wegen Verschlimmerung seines Leidens vorzeitig nach Hause geschickt werden.

Erwähnenswert ist 1 Fall von Rückfallfieber, der sich durch einen äußerst milden Verlauf auszeichnete (2 leichte kurzdauernde Anfälle).

2 weitere Europäer mußten nach Hause geschickt werden, der eine wegen fortgeschrittener Geisteskrankheit (Paralyse), der andere wegen eitriger Entzündung beider Augäpfel, die sich nach Benutzung von Eingeborenenmedizin herausgebildet hatte.

Auf der Missionsstation Nassa am Spekegolf wurde bei der Gattin des Missionars nach der Fieberkurve und nach dem klinischen Verlaufe Typhus festgestellt, der mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit in Muansa erworben ist. Wenigstens ist die Erkrankung etwa 14 Tage nach einem Aufenthalt hier in Muansa zum Ausbruch gekommen.

Ein Europäer ist außerhalb der ärztlichen Behandlung an Herzschwäche (Alkoholismus) gestorben.

Geburtshilflich sind 2 Fälle von Frühgeburt zu verzeichnen; bei dem ersten Fall handelte es sich um Zwillinge mit künstlicher Lösung der Nachgeburt.

Über den Gesundheitszustand der farbigen Bevölkerung Muansas schreibt der obengenannte Sanitätsoffizier:

Während des Berichtsjahres sind der Poliklinik 1 950 Kranke zugegangen gegen 1015 im Vorjahre. Der Krankenzugang hat demnach eine erhebliche Steigerung erfahren, die zum Teil auf der systematischen Untersuchung der eingeborenen Bevölkerung auf die Erreger der Wurmkrankheit und andere Parasiten beruht.

Das Gesamtkrankheitsbild hat sich im allgemeinen nicht wesentlich verändert, nur einzelne Krankheitsgruppen haben eine nicht unerhebliche Zunahme erfahren; eine endemische Verseuchung mit Ankylostomiasis von über 17 % in Muansa und Umgebung ist nachgewiesen worden.

Am häufigsten wurden die durch tierische Parasiten verursachten Krankheiten beobachtet, insgesamt 655 Zugänge mit Wurmkrankheit (216), Bandwurm (41), Bilharziosis (122), Strongyloidosis (108), Trichocephalus trichiuris (54) und Spulwurm (114).

Wiederum außerordentlich häufig kamen leichtere mechanische Verletzungen und sich daran anschließende Zellgewebsentzündungen in Zugang.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen (Krätze, Furunkolose, Unterschenkelgeschwüre) wurden ebenfalls ziemlich häufig beobachtet.

Der Zugang an Malaria ist beträchtlich gestiegen: 147 gegen 59 im vorhergehenden Jahre. Ein Grund für diese Steigerung läßt sich nicht angeben, es sei denn, daß die Eingeborenen mehr wie früher die Poliklinik aufgesucht haben. Besondere klimatische Einflüsse, die günstiger als sonst auf die Entwicklung der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Moskitos eingewirkt haben könnten, sind nicht vorhanden gewesen. Gegen und nach dem Ende der Regenzeit (Mai—Juni) ließ sich eine Zunahme der Malariamorbidität verfolgen, die mit der Zunahme der Moskitos infolge der nur langsam austrocknenden Tümpel, sumpfigen Bodenstellen und Staugräben auf den Zuckerrohrschamben parallel ging. Entsprechend den das ganze Jahr hindurch außerordentlich günstigen Entwicklungsbedingungen für Stechmücken (Strand, Muansabach, Sümpfe, Zuckerrohrschamben) ist die endemische Verseuchung der eingeborenen Bevölkerung mit Malaria sehr hoch (87 % bei Kindern im Alter von 1—10 Jahren).

Bei den 147 Malariafällen handelte es sich um folgende Formen:

Malaria tropica	125	Fälle,
» tertiana	20	»
» quartana	2	»
	147	Fälle.

Rückfallfieber ist hier in Muansa und im Bezirk endemisch. Die Zugange an Rückfallfieber haben sich ebenfalls beträchtlich vermehrt: 79 gegen 23 im Vorjahre. Im allgemeinen verliefen die Erkrankungen sehr leicht, nur einmal wurde eine Komplikation mit einseitiger Regenbogenhautentzündung und nachfolgender Erblindung beobachtet.

1 Zugang mit Schlafkrankheit (Recidiv) kam aus Ukerewe in Behandlung, der bald unter den ausgesprochensten Symptomen des Endstadiums tödlich endigte.

Erkrankungen an Amöbenruhr waren sehr spärlich, insgesamt gingen 4 zu, die sich hier in Muansa infiziert hatten. Unter 5 Leberabszessen verlief einer tödlich.

Die Zugänge an leichteren Erkältungskrankheiten (akuter Darm- und Bronchialkatarrh, Muskelrheumatismus usw.) haben sich fast auf der gleichen Höhe gehalten wie vorher. Im allgemeinen sind sie ziemlich häufig zugegangen.

Relativ häufig wurde Regenbogenhautentzündung behandelt, die wohl meistens syphilitischer Natur war (23).

Die 14 Zugänge mit akutem Gelenkrheumatismus zeichneten sich durch einen teilweise sehr schweren Verlauf aus.

Die Zugänge an Lungenentzündung sind erheblich gestiegen: 31 gegen 12 im Vorjahre, darunter 9 Todesfälle.

Mumps tritt hier das ganze Jahr hindurch endemisch auf, insgesamt wurden 52 Fälle beobachtet. Erwähnenswert ist eine kleine Epidemie von Masern.

An ausgebreiteter Lungentuberkulose starben 2 Eingeborene. Der Tuberkulose muß die größte Beachtung geschenkt werden, denn die Wohnungsverhältnisse der Eingeborenen sind der Ausbreitung dieser Seuche außerordentlich günstig. Namentlich unter den Indern befinden sich zahlreiche Schwindsüchtige.

Eitrige Mandelentzündungen und Mittelohrkatarrhe wurden wenig beobachtet (16, 13).

Die venerischen Erkrankungen zeigen eine Zunahme gegen das Vorjahr:

Tripper einschließlich Komplikationen	87	(60)
Weicher Schanker einschließlich Komplikationen	35	(25)
Syphilis	55	(47)

Elephantiasis des Hodensacks wurde 9 mal beobachtet, 4 Fälle wurden operativ geheilt. Bei einigen Fällen konnten Filarien vom Typus der »diurna« nachgewiesen werden.

Von selteneren Erkrankungen wurden beobachtet: 1 Fall von hochgradiger ätiologisch nicht geklärter Muskelatrophie der Extremitäten und des Rumpfes, 1 mannskopfgroßes Fibrom am Halse bei einer Msukumafrau und 1 starrkrampfartige Erkrankung bei einer 36 jährigen Frau, die in einigen Stunden zum Tode führte.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Über die Gesundheitsverhältnisse der Europäer in Udjidji schreibt Stabsarzt Dr. Fehlandt:

Von den im Berichtsjahr neu angekommenen Europäern erkrankte fast jeder bald nach der Ankunft an Rückfallfieber. Die Infektionen, die auf der schon seit Jahren verseuchten Karawanenstraße Tabora-Udjidji erworben waren, sind leicht erklärlich, da die von Zecken wimmelnden Rasthäuser, alten Lagerplätze und die Nähe der Eingeborenenhütten nicht vermieden wurden. Bei allen Krankheiten kam es zu weiteren Anfällen. Die klinischen Erscheinungen, große Mattigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen, ließen bei den Rezidiven an Intensität nach. In einem Falle trat als Komplikation eine Regenbogenhautentzündung auf. Arsentherapie blieb ohne Wirkung.

Infolge mangelhafter Chininprophylaxe kam es wiederholt zu leichten Malariaanfällen.

Bei einem Gouvernementsbeamten wurde Lungentuberkulose festgestellt. Das Vorhandensein einer Analfistel gab den Anlaß zu einer genauen physikalischen Untersuchung der Lungen und mikroskopischen Untersuchung des spärlichen Auswurfs. Im Auswurf befanden sich Tuberkelbazillen. Der Beamte wurde als tropendienstunfähig in die Heimat entlassen.

Über den Gesundheitszustand der Farbigen schreibt der genannte Sanitätsoffizier:

Die Malaria ist unter den Eingeborenen weit verbreitet. In und nach der Regenzeit befinden sich unter den Kindern des Ortes Udjidji und der in den Alluvialebenen gelegenen Dörfer rund 100 % Parasitenträger; auch die Hochländer des Bezirks sind nicht frei von Malaria; die Zahl der Parasitenträger beträgt hier etwa die Hälfte.

Zur Behandlung kam nur eine kleine Zahl. Indolenz und Fluktuation der Bevölkerung machen eine regelrechte Behandlung der Malaria illusorisch.

Obgleich es in Udjidji keine Hütten ohne Zecken gibt, wurden im Blut der fiebernden Kranken nur 2 mal Spirillen gefunden. Trotzdem besteht kein Zweifel, daß die größte Mehrzahl der Kinder an Rückfallfieber erkrankt. Da aber die Spirillen sehr bald aus dem peripheren Blut verschwinden, ist der objektive Nachweis sehr erschwert, während die Malariaparasiten persistieren.

Häufig kamen Erkrankungen an Unterschenkelgeschwüren zur Beobachtung, und zwar naturgemäß die schwersten Formen, bedingt durch sekundäre Infektionen.

Unter den Haut- und Geschlechtskrankheiten sind Framboesie und Syphilis die wichtigsten. Infolge der langdauernden Kuren entziehen sich viele Kranke der Behandlung, sobald eine Besserung erreicht ist. Die Dauerheilresultate bleiben demgemäß mangelhaft.

Annähernd ein Drittel aller behandelten Kranken machen die an Trypanosomiasis Erkrankten aus. Wenn die hiesige Bevölkerung seßhaft wäre, bestände für die Eingeborenen keine Gefahr der Ansteckung. Denn die Umgebung von Udjidji ist in weiter Ausdehnung frei von Glossina palpalis. Auch sind bisher in den südlichen Ufergebieten des Tanganika nirgends endemische Herde festgestellt.

Die Erklärung für die große Zahl (401) der an Trypanosomiasis Behandelten liegt in folgenden Tatsachen: Die Bevölkerung von Udjidji besteht vorwiegend aus Kongoleuten und Händlern, die nach dem Kongostaat rege Handelsbeziehungen unterhalten. Außerdem wandern alljährlich neue Kongoneger zu. Aus diesem Grunde sind die Infektionen auswärts, d. h. an dem nicht sanierten Westufer des Sees, erworben. Durch die Überwachung des See- und Karawanenverkehrs und die regelmäßige Untersuchung der Eingeborenen gelingt es, eine große Zahl der an Trypanosomiasis Erkrankten in Behandlung zu bekommen.

Oberarzt Dr. Eckard berichtet aus dem Schlafkrankenlager Urambi am Tanganika (nördlich von Udjidji):

Auffällig ist in der hiesigen Gegend die starke Verbreitung von Framboesie. Bisher habe ich noch in keinem Bezirk so viele und so schwere Erkrankungen dieser Art, besonders auch bei Kindern, gesehen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Recht häufig ist auch unter der Küstenbevölkerung des Tanganika Ankylostomiasis zu finden. In allen Fällen wurde die Diagnose mikroskopisch bestätigt. Die Leute wurden mit Ol. eucalypt., Ol. ricin. und Chloroform behandelt. Der Erfolg dieser Kur konnte aus Mangel an Zeit mikroskopisch nicht weiter verfolgt werden, doch spricht das schnelle Verschwinden der äußeren Symptome der Krankheit recht für diese Behandlung.

Als Nebenbefund bei der Untersuchung Schlafkranker wurde Malaria bei 43 %, Mikrofilaria perstans bei 74 % der Bevölkerung gefunden (in 459 Präparaten: 338 mal Mikrofilarien, 196 mal Malaria). Die Art der Malaria konnte, da die Untersuchung im dicken Tropfen vorgenommen wurde, nicht immer genau festgestellt werden. Meist war es jedoch Malaria tropica, sehr selten Malaria tertiana, wie besonders die auch im dicken Tropfen gut sichtbare Schüffner-Tüpfelung bewies.

Über die Gesundheitsverhältnisse der Station Usumbura schreibt Stabsarzt Dr. Penschke:

Die Gesundheitsverhältnisse von Usumbura sind nicht gut. Die Station Usumbura liegt in der Tanganikaebene, im sogenannten zentralafrikanischen Graben, 800 m hoch. Diese Senke ist von Osten nach Westen von hohen Gebirgen eingeschlossen, im Norden geht sie in das Russissital über. Das Klima ist ein durchaus tropisches, das ganze Jahr herrscht eine feucht-schwüle Hitze. Die Niederschläge sind reichlich, häufige Gewitter bringen keine Abkühlung mit sich. Dies Klima wirkt erschlaffend auf den Europäer. Dazu kommt die Malaria, die hier so heftig haust, wie wohl auf wenigen anderen Stationen, und das dauernde prophylaktische Chininnehmen. Zählt man hierzu noch die regelrechte Chininkur, die jeder einzelne Europäer bei der hier nicht ausreichenden Chininprophylaxe noch wenigstens 2 mal im Jahre durchzumachen hat, so kann Usumbura nur als eine ungesund gelegene Station bezeichnet werden. Hierzu kommt für die Farbigen das Rückfallfieber, von dem wohl jeder hier befallen wird. Die Europäerwohnungen sind frei von Zecken. Bei den Versuchen zur Vertilgung der Zecken in den einzelnen Hütten der Eingeborenen sind bis zu 600 in einer Hütte in wenigen Tagen gesammelt worden. Es sind gegen Ende des Berichtsjahres mehrere Hütten systematisch nach Zecken abgesucht, an mehreren aufeinanderfolgenden Abenden. Hierbei zeigte es sich, daß die Zecken bis 3 oder 4 cm unter der Oberfläche des Fußbodens saßen. Dann wurde in großen Töpfen vor den Hütten kochendes Wasser bereitet. An den Eingängen der Hütten wurden Erde- oder Lehmschwellen von 10—15 cm Höhe aufgeführt. Nun wurden die Töpfe mit kochendem Wasser in den vorher ausgeräumten Hütten ausgegossen, so lange, bis das Wasser 3—4 cm hoch stand. (Lysol hatte sich als zu teuer erwiesen.) Dies wurde am nächsten Tage wiederholt. Dann wurden die Hütten nach 4 Wochen zum zweitenmale abgesucht und hierbei keine einzige Zecke mehr gefunden. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen, ein Urteil über das günstig erscheinende Resultat ist erst späterhin möglich. Beabsichtigt ist zunächst, das ganze Askaridorf auf diese Weise zu desinfizieren und die Leute zu veranlassen, späterhin an bestimmten Tagen unter Aufsicht ihre Hütten regelmäßig selbst auszugießen. Ich bemerke, daß die Anregung zu diesen Versuchen von Professor Kleine-Niansa ausgegangen ist.

2 Europäer sind im Berichtsjahr an Rückfallfieber erkrankt, beide haben sich jedoch auf Reisen außerhalb Usumburas infiziert. Die Glossina palpalis ist in der unmittelbaren Umgebung von Usumbura nicht vorhanden, so daß von dieser Seite der Station keine Gefahr droht. Epidemien sind weder unter den Farbigen noch den Europäern im Berichtsjahr aufgetreten. Darmkrankheiten sind hier verhältnismäßig selten.

Die Gesundheitsverhältnisse in Ruanda sind, wie dem Jahresberichte der Residentur zu entnehmen ist, günstig. Abgesehen von dem reinen Steppengebiet Bugessera und der Steppe westlich des Kagera-Mittellaufs bis nach Mpororo herrscht trotz der Äquatornähe infolge der hohen Erhebung über dem Meeresspiegel nicht unter 1 300 m und in Rukiga und in den Randbergen bis 2—3 000 m subtropisches Klima vor, so daß der Europäer recht günstige Lebensbedingungen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

vorfindet. Zu beachten bleibt allerdings, daß Malaria nicht fehlt. Anopheles finden sich in ungewöhnlich großer Meereshöhe. So wurden diese Stechmücken, neben zahlreicheren Culuciden, in dem Lager Ndavarische (südöstlich der Mission Ruasa, Weißsche Karte II) in etwa 1 900 m, auf dem Berghang westlich der Grenzpfeiler XVI der englischen Grenze und auf der Berghöhe Mgenda (nordwestlich von Kajensi oberhalb des Tschoasumpfes) in mehr als 2 100 m Meereshöhe beobachtet. Ob sich bei dieser Höhenlage und der dadurch bedingten niederen Temperatur die Malariaparasiten in den Mücken entwickeln können, ist allerdings fraglich. Die hohe Zahl der Malariaerkrankungen, die bei der hiesigen Sanitätsdienststelle zur Behandlung kamen, dürfte in der Mehrzahl der Fälle auf Infektionen in den Niederungsgebieten zurückzuführen sein, zum Teil aber auch auf Infektionen in Kigali selbst, wo ebenfalls Anopheles beobachtet wurden (Stationsgebäude). Die Uferlandschaften des Kagerasystems sind durch große Häufigkeit von Stegomyien unangenehm ausgezeichnet. Durch Regierungstierarzt Dr. Sommerfeld wurde bei einer Reise in das Grenzgebiet zwischen Ruanda und Urundi, westlich vom Rugwerosee, an sich selbst und an Eingeborenen seiner Begleitung beobachtet, daß durch Stechmücken ein bösartiger, eitriger Hautausschlag hervorgerufen wurde, über dessen Natur Gewißheit noch nicht zu erlangen war.

An Krankheiten, die besonders häufig zur Behandlung kommen, sind zu erwähnen: Eine sehr unangenehme infektiöse Augenbindehautentzündung, Ruhr und andere Darm- und Magenerkrankungen, Hautkrankheiten und oft sehr bösartige Unterschenkelgeschwüre, Erkältungskrankheiten (besonders bei bezirksfremden Farbigen), Geschlechtskrankheiten, unter denen Syphilis überwiegt. Epidemien sind nicht bekannt geworden. Der Weiterverbreitung der Ruhr, die endemisch ist, ist die große Sorglosigkeit der Eingeborenen, die Abortanlagen nicht kennen, und die Ausdehnung der fließenden Gewässer sehr günstig. Eine bedeutende Rolle spielt zweifellos auch die Ernährung, deren Bestandteil Bier aus roter Negerhirse und die stark gerbstoffhaltigen Rückstände der gegorenen Hirse bilden. Die Hirse wird gelegentlich auch roh gekaut, selbst von Kindern.

In Kissenji wurde bei einem Europäer ein schwerer Fall von Unterleibstyphus festgestellt, der offenbar bei einem Besuch der belgischen Station erworben war und mit Genesung endete. Im übrigen kamen bei Europäern nur leichtere Erkrankungen vor.

Allgemein ist der Wunsch der Eingeborenen nach ärztlicher Behandlung der weit verbreiteten Unterschenkelgeschwüre. Sie fügen sich, die sehr zurückhaltenden Watussi nicht ausgenommen, überhaupt einer äußerlichen Behandlung recht willig. Während die Wahutu bei näherer Berührung mit dem Europäer sich auch gern gegen innere Leiden Arznei geben lassen, weisen die Watussi, mit Rücksicht auf ihre strengen Speisegesetze, sie zurück, selbst wenn sie sich in Lebensgefahr befinden. Eine Ausnahme bilden nur einige Dolmetscher der Residentur und ganz vereinzelte Watussi, die schon seit langem nähere Beziehungen zu Europäern unterhalten haben.

Der Besuch der Polikliniken zu Kigali und Kissenji nicht nur durch die bezirksfremden Farbigen, sondern auch durch die Wanjaruanda der näheren Umgebung war lebhaft; die Poliklinik zu Kigali wurde durchschnittlich von 80—100, manchmal 150 Eingeborenen täglich besucht. Viele von diesen Kranken, besonders mit Unterschenkelgeschwüren, sind schon sehr lange in Behandlung. Der Heilungsprozeß wird durch Unregelmäßigkeit des Poliklinikbesuches, durch Sorglosigkeit der Kranken bei Anzeichen von Besserung und durch die Unzulänglichkeit der klinischen und Hospitaleinrichtungen ungünstig beeinflußt. Selbst schwer erkrankte Askari müssen mangels Krankenstuben in ihrer Wohnung behandelt werden, wo sie natürlich nicht genau beaufsichtigt werden können. Die Erbauung eines Hospitals mit allen erforderlichen Nebenräumen und die Zuteilung eines Regierungsarztes an die Residentur, für dessen Tätigkeit sich ein weites Feld bietet, sind dringende Bedürfnisse.

Impfungen wurden mit aus Usumbura bezogener Lymphe in geringem Umfang in Kigali selbst und auf einer Impfreise bei den Missionen Kabgaye und Issavi durch den Sanitätsunteroffizier der Residentur, sowie zu Kissenji von

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

dem Stationsarzt von Usumbura gelegentlich einer Requisition zu einem schwer erkrankten Europäer vorgenommen. Die Impflinge zu Kabgaye und Issavi waren hauptsächlich Missionsangehörige. Die Impfungen in Kissenji hatten für den Ort die unangenehme Folge, daß die Eingeborenen sich eine Zeitlang vom Besuch des Marktes zurückhielten, weil sie fürchteten, zur Impfung gezwungen zu werden.

Überall zeigte sich eine Abneigung der Eingeborenen gegen den Impfzwang, die ein außerordentliches Hindernis für die Durchimpfung des Bezirkes bildet. Diese Abneigung wird sich nur überwinden lassen, wenn die Bevölkerung sich unmittelbar von einer Pockenepidemie bedroht sieht. Solange dies nicht der Fall ist, würden die sanitären Vorteile der Impfung in gar keinem Vergleich stehen zu der ungünstigen Wirkung eines Impfzwanges auf die an sich noch scheue und schwer zu behandelnde Bevölkerung. Passiver Widerstand und Flucht, um sich der Impfung zu entziehen, und eine allgemeine Beunruhigung wären die unvermeidlichen Folgen. Nur in der vorsichtigsten Form und unter peinlichster Vermeidung jeden Zwanges kann allmählich ein größerer Teil der Bevölkerung an den Gedanken, sich impfen zu lassen, gewöhnt werden.

Eine Einwirkung auf die Bevölkerung in sanitärer und hygienischer Hinsicht ist nicht leicht zu erreichen, da die Wanjaruanda, wie bereits erwähnt, sehr sorglos und nachlässig in der Reinhaltung ihrer Wohnstätten und Vermeidung von Infektionsmöglichkeiten sind. Dem Europäer stehen sie, abgesehen von der näheren Umgebung der Stationen und Missionen, scheu und zurückhaltend gegenüber. Der Einfluß der Häuptlinge auf die Wahutu ist im allgemeinen gering, so daß auf ihre erfolgreiche Mitwirkung vorläufig nicht gerechnet werden kann.

In hygienischer Fürsorge hat die Residentur gute Erfahrungen gemacht mit Ausgabe von Decken an die Träger auf Dienstreisen, die hierdurch besseren Schutz gegen die sehr oft kalte Witterung finden und infolgedessen den Anstrengungen der Reise leichter gewachsen sind, sich ihnen auch williger unterziehen.

Die Missionen, besonders die evangelische, gewähren Eingeborenen ärztliche Behandlung. Sie verlangen dafür Lieferung kleiner Gaben von Brennholz oder Lebensmitteln, um sie daran zu gewöhnen, daß sie für den ärztlichen Beistand auch eine Gegenleistung bieten müssen.

Über die Gesundheitsverhältnisse der Station Bukoba berichtet Stabsarzt Dr. Neubert folgendes:

Die Bevölkerung von Bukoba (Stadt und Land) bilden in der Hauptsache die Waheia; sie sind, wie auch die anderen Stämme, die ich bisher vom Bezirk kennen lernte, in körperlicher Beziehung ziemlich dürftig bestellt, schwächlich gebaut und schlecht genährt, neigen infolge der dadurch bedingten geringen Widerstandsfähigkeit des Körpers leicht zu allen möglichen Krankheiten und erliegen ihnen in großer Zahl. Auch die Kindersterblichkeit ist groß, meist eine Folge der zahlreichen endemischen Krankheiten, die unter der Bevölkerung herrschen, und infolge deren das Volk auch immer mehr degenerieren und sich vermindern wird, falls nicht energisch dagegen eingeschritten wird.

Schon früher ist auf die enorme Verbreitung der Lues hingewiesen worden. Wie sich die Verseuchung der Bevölkerung zur Gesamtzahl verhält, kann ich noch nicht beurteilen, doch glaube ich nach den bisherigen Erfahrungen sagen zu können, daß über die Hälfte des Volkes luetisch ist. Natürlich kommt nur ein ganz geringer Prozentsatz in Behandlung, so daß aus der Zahl der akuten Luesfälle, die man zu sehen bekommt, absolut kein Urteil über die Verbreitung der Krankheit abgegeben werden kann. Jedoch ließen sich die Mehrzahl der in Behandlung kommenden Unterschenkel- und anderer Geschwüre, Hautaffektionen der verschiedensten Art, Knochenaffektionen sowie Krankheiten der Augen in den meisten Fällen auf Lues zurückführen bzw. reagierten auf die spezifische Therapie, so daß man schon daraus auf die enorme Verbreitung der Krankheit schließen mußte, ganz abgesehen von den zahlreichen Fällen anderer Leiden, bei denen auf Befragen eine frühere Lues — von der die hiesige Bevölkerung, nebenbei gesagt, eine geradezu staunenswerte Kenntnis hat — unumwunden zugegeben wurde, häufig von Kindern, die mir ganz ruhig erzählten, daß sie die Krankheit von ihrer Mutter mitbekommen hätten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Framboesie scheint weniger verbreitet zu sein, jedenfalls kamen im Berichtsjahre nur 3 Fälle in Behandlung; Fälle mit tertiären Erscheinungen dieser Krankheit, als welche ich die von den Suaheli mit »mti« bezeichnete Erkrankung anspreche, sah ich überhaupt nicht. Dagegen fand ich in Karagwe wohl ebenso viele Kinder mit Lues wie mit Framboesie. Manchmal war allerdings eine sichere Diagnose kaum zu stellen.

Der dritte Spirillose, das Rückfallfieber, ist ebenfalls so stark verbreitet, wie sonst nirgends in der Kolonie; wahrscheinlich sind die Überträger mit der Krankheit aus dem benachbarten verseuchten Uganda eingeschleppt worden und haben sich mit großer Schnelligkeit bis in die entlegensten Dörfer verbreitet. Ich möchte fast sagen, daß es kaum einen erwachsenen Mhaia gibt, der Recurrens nicht schon mehrmals gehabt hätte; es kommen ja auch zahlreiche Fälle zur Beobachtung, die leicht verlaufen, oft nur mit einem Anfall, weil von früher schon eine gewisse Immunität besteht. In früheren Jahren sind aber auch Todesfälle beobachtet worden; vor allem aber glaube ich, daß es die Komplikationen, insbesondere Pneumonien, sind, die bei der körperlich wenig widerstandsfähigen Bevölkerung eine große Mortalität bedingen.

Malaria ist im ganzen Bezirk endemisch, je nach der Höhenlage und den sonstigen für die Entwicklung der Anophelen gegebenen Bedingungen in verschiedenem Grade. Die Bananenkultur bieten den Anophelen selbst in den verhältnismäßig hoch gelegenen Gebieten geeignete Brutplätze und Schlupfwinkel, so daß erst in Höhen von 1800 m und mehr keine endemische Malaria mehr herrscht, weil die dort sehr niedrige Temperatur eine Entwicklung der Mücken nicht mehr zuläßt. Derartige Plätze gibt es in dem Bergland Karagwe.

Weit verbreitet im Bezirk ist auch die Ruhr, und zwar Amöben- wie Bazillenruhr; beide kommen relativ wenig in Behandlung (weil im Ort Bukoba Ruhr ziemlich selten), doch scheint im ganzen Land dauernd eine ziemlich hohe Morbidität und auch Mortalität an der Krankheit vorzukommen; auch sind kleinere Epidemien nicht selten.

Sehr stark herrscht überall die Wurmkrankheit, von der ich glaube, daß wenigstens 50 % der ganzen Bevölkerung daran leiden. Ob eine starke Mortalität besteht, kann ich noch nicht beurteilen; jedenfalls sah ich bisher keine Fälle mit schweren Symptomen.

Auch andere Darmparasiten sind reichlich verbreitet, so besonders Askariden und Taenia saginata, was nicht wundernehmen kann, da schätzungsweise 75 % aller Rinder Finnen haben und der Eingeborene bekanntermaßen das Fleisch häufig genug nicht genügend kocht, sondern nur am Feuer röstet.

Lepra ist anscheinend nur in sehr vereinzelten seltenen Fällen im Bezirk vertreten, wenigstens konnte ich bisher ein merkbares Hervortreten der Krankheit nirgends konstatieren und habe selbst unter Tausenden von Leuten nur einen Fall gesehen. Nach den Aussagen der Budduleute sollen in ihrem Lande einzelne Kranke hausen.

Die Schlafkrankheit ist im Bezirk fast als erloschen anzusehen; neuerdings sollen allerdings in der Landschaft Ankole im englischen Gebiet Fälle vorgekommen sein und die im Bezirk im letzten Berichtsjahre gefundenen 5 Fälle auch teilweise dort ihre Infektion erworben haben.

Im übrigen bilden die Hauptleiden, wegen deren die poliklinische Behandlung nachgesucht wird, wie überall so auch hier die Wunden und Verletzungen teils schwerer, teils leichterer Art; häufig kamen die Leute erst, wenn die Wunden stark infiziert waren, so daß sich die Heilung oft sehr erheblich verzögerte.

Sehr zahlreich waren die Zugänge an venerischen Krankheiten, neben der schon oben beschriebenen Lues vor allem enorm viel Gonorrhöe; doch waren Komplikationen des Trippers sehr selten. Meist trat nach 6—8 Wochen Heilung ein, nur einige hartnäckige chronische Fälle, besonders bei Weibern, trotzten jeder Behandlung.

Daneben bildete noch ein Hauptkontingent die »Kifua«, Krankheiten der Atmungsorgane von leichter Bronchitis bis zur schweren Pneumonie; bedingt wird die Häufigkeit dieser Krankheiten durch das feuchte Klima von Bukoba mit seinen reichlichen Niederschlägen, die zu Erkältungen Anlaß geben.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Auch Tuberkulose der Lungen ist in 3 Fällen bei Farbigen konstatiert worden und kommt allem Anschein nach im Bezirk schon mehrfach vor. Über die Infektionsquelle dieser 3 Fälle war nichts in Erfahrung zu bringen.

Der Gesundheitszustand der europäischen Zivilbevölkerung war im Berichtsjahr nicht besonders gut. Fast alle Europäer erkrankten mehrmals an Malaria, mehrere auch an Recurrens, darunter einer sehr schwer.

Venerische Krankheiten kamen auch bei Europäern oft vor, vor allem Gonorrhöe.

Ein Zivilbeamter mußte wegen beginnender Lungentuberkulose als dauernd tropendienstunfähig nach Deutschland gesandt werden.

15. Gesundheits- und Krankendienst bei größeren privaten Unternehmungen.

A. Über die Tätigkeit des Gesundheits- und Krankendienstes beim Bau der Mittellandbahn vom 16. März 1911 bis 15. März 1912.

Berichterstatter: Dr. Lenz.

In den Organisations- und Personalverhältnissen des Gesundheitsdienstes sind im verflossenen Jahre keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Gegen Ende des Jahres machte sich der Umstand fühlbar, daß der Hauptschwerpunkt der Arbeiten sich weit von der Hauptniederlassung des Gesundheitsdienstes entfernt hatte, so daß die Aufnahmen im Europäerhospital im Vergleich zu der allgemeinen Erkrankungsziffer der Europäer zurückgingen. Mit dem Abschluß des Berichtsjahres begann die Übersiedelung des Gesundheitsdienstes nach Tabora.

Auch in bezug auf die allgemeine Arbeiterhygiene ist dem im vorigen Jahre Berichteten wenig hinzuzufügen.

Die Unterbringung der Arbeiter war die übliche in Grashütten.

Die Wasserverhältnisse waren in den einzelnen Teilstrecken sehr verschieden. Eine Strecke von 37 km Länge war auf eine Wasserstelle angewiesen, anderwärts mußte Wasser aus Tümpeln mit Seitenentnahme geschöpft werden.

Die Reinhaltung der Lager, der Schutz der Wasserstellen vor Infektion, die Anlage der Latrineneinrichtungen wurden vom Gesundheitsdienst nach Kräften beaufsichtigt. Der passive Widerstand der schwarzen Klientel und der daraus folgende der Unternehmer erschwerte die Durchführung dieser Maßregeln.

Die Versorgung der Arbeiter mit Nahrungsmitteln wurde besser mit der Annäherung an die reichlicher produzierenden Länder von Unyamwezi. Der früher häufig bemerkte schädigende Einfluß der einseitigen und vielen Eingeborenen ungewohnten Reisnahrung wurde dadurch eingeschränkt, und die früher oft dadurch verursachten Erkrankungen der Verdauungsorgane ließen in bemerkenswerter Weise nach.

Die Hospitaleinrichtungen für Europäer und für Schwarze in Dodoma haben sich im allgemeinen bewährt. In bezug auf die Einzelheiten kann auf den vorjährigen Bericht verwiesen werden. Die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Hospitaleinrichtungen in den Sektionslagern waren durchweg räumlich ausreichend; da sie jedoch aus Materialien errichtet werden mußten, die an Ort und Stelle gewonnen wurden, hielten sie öfter den schweren Regen nicht stand. Es kam hier und da infolge Durchregnens zu Erkältungen und Weglaufen der Kranken.

Anlage 25.

Was den Krankendienst anbelangt, so geht aus der beigegebenen Zahlenübersicht im Vergleich mit der vorjährigen hervor, daß die Inanspruchnahme des Gesundheitsdienstes durch farbige Kranke ganz erheblich zugenommen hat, brachte doch dieses Jahr über 25 000 Zugänge im Vergleich zu rund 15 000 im Vorjahre. Es geht aus dieser Zunahme nicht etwa hervor, daß die Gesundheitsverhältnisse der Schwarzen schlechter geworden wären, sondern nur, daß die Eingeborenen sich an die Einrichtungen des Gesundheitsdienstes bis zu einem gewissen Grade gewöhnt haben. Infolgedessen waren auch die Mortalitätsverhältnisse besser. Es kamen im ganzen 141 Todesfälle vor gegen 216 im Vorjahr und 422 im Jahre 1909/10.

Größere Epidemien gelang es fernzuhalten. 61 Pockenfälle wurden beobachtet, von denen aber nur einer tödlich verlief. Dieses günstige Resultat ist den ausgedehnten Impfungen der Vorjahre zuzuschreiben.

Die Zugänge an Malaria waren sehr zahlreich, besonders unter den aus höher gelegenen Gegenden angeworbenen Arbeitern. Immerhin brachten sie nur 4 Todesfälle.

Ruhrartige Erkrankungen haben sowohl der Zahl als auch Schwere nach abgenommen. Es konnte mehrfach beobachtet werden, daß das Auftreten dieser Krankheit nicht in direktem Zusammenhang mit den Wasserverhältnissen stand. An einem Punkte wurde von drei Lagern, die auf dieselbe Wasserstelle angewiesen waren, nur eines von einer beschränkten Ruhrepidemie ergriffen.

Verletzungen kamen naturgemäß viel vor, von leichten Hautabschürfungen bis zu den schwersten Zerschmetterungen. Daß diese letzteren nicht häufiger waren, muß fast wundernehmen, wenn man die außerordentliche Leichtfertigkeit beobachtet, die die Schwarzen dem Eisenbahn- und Sprengbetrieb gegenüber an den Tag legen. Die Zahl der durch Unglücksfälle vorgekommenen Todesfälle war trotzdem gering. Eine sehr bedauerliche Erscheinung ist es, daß immer noch viele Verletzungen der Beine infolge Vernachlässigung zu Unterschenkelgeschwüren ausarten. Auch hierbei muß festgestellt werden, daß es die griechischen Unternehmer häufig an dem nötigen Interesse für eine ordentliche Wundbehandlung fehlen lassen. Oft wurden die Verletzten schon im Beginn der Geschwürsbildung beim Durchsuchen der Lager gefunden und mitgenommen. Wieviel hierin getan werden kann, sieht man daraus, daß bei der Vorstreckkolonne, die unter deutscher Leitung stand, solche vernachlässigten Wunden überhaupt nicht vorkamen, während gerade hier die Verletzungen häufig sind.

Die Krankenziffern der Europäer haben sich nicht wesentlich verändert. Nur die Zugangsziffern an Schwarzwasserfieber haben erheblich nachgelassen. Unter den europäischen Beamten der Bahn

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ist im Berichtsjahre keine eigentliche Tropenkrankheit tödlich verlaufen.

Betreffend den Krankenzugang im einzelnen wird auf die beigegebenen Tabellen verwiesen.

B. Jahresbericht über die Tätigkeit des Gesundheits- und Krankendienstes beim Bahnbau der Usambara-Eisenbahn vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter: Dr. Elsässer.

Der Gesundheits- und Krankendienst wurde in diesem Jahre versehen von einem Arzt, einer Krankenschwester des deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz und 2 Heilgehilfen.

Das Krankenhaus mit Apotheke stand in Same.

Der Gesundheits- und Krankendienst umfaßte die Europäer, Goanesen und Eingeborenen der Baufirma und der Unternehmer und wurde — soweit möglich — auch auf die beim Eisenbahnbetriebe und Hafenbau Beschäftigten ausgedehnt.

Gesundheitsdienst.

a. Europäer wurden, wenn sie neu von Europa kamen oder ihren Vertrag hier verlängerten, jedesmal untersucht, auf die Hauptgefahren für die Gesundheit und deren Vorbeugung aufmerksam gemacht und gegen Pocken geimpft. Die Chininscheu hat erfreulicherweise stark nachgelassen, besonders das Nehmen von Chinin beim Fieber in kleinen Einzeldosen wurde kaum mehr verweigert. Über sämtliche auch leichte Fieber war der Heilgehilfe angewiesen, zu berichten und Blutpräparate einzusenden.

Mündlich und durch 2 Rundschreiben wurde immer wieder der ausschließliche Gebrauch von abgekochtem Wasser gefordert (besonders gelegentlich eines Typhusfalles unter den Eingeborenen in Buiko) und besonders die Ausscheidung von kränklichen Boys und Köchen. Berkefeldfilter werden von der Bauleitung Europäern geliefert.

Auf die besondere Gefahr von Geschlechtskrankheiten, den teilweisen Schutz dagegen durch Seifen- und Sublimatwaschungen wurde bei jeder Gelegenheit aufmerksam gemacht, Syphilis stets kombinierter Salvarsan- und Queckilberbehandlung (Spritzkur) unterzogen.

Auch der Nutzen regelmäßigen — wöchentlich einmaligen — Gebrauches von Fruchtsalz oder ähnlichem wurde immer wieder betont.

Besondere oder neue Gefahren für die Gesundheit der Europäer infolge Orts- und Klimawechsel gegen das Vorjahr sind nicht aufgetreten; es kann somit hierüber auf den Bericht des Vorjahres verwiesen werden. Es stand meist Quellwasser (Same, Lembeni, Moschi) von befriedigender Qualität zur Verfügung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Gesundheitszustand unter den Europäern kann für tropische Verhältnisse recht günstig genannt werden. Von den Angestellten der Bauleitung wurden so gut wie alle arbeitsunfähig Erkrankten im hiesigen Krankenhaus behandelt. Bei durchschnittlich 64 Angestellten der Bauleitung wurden in 12 Monaten im Krankenhaus behandelt 41 (einschließlich Bestand 1). Die Erkrankungsjahresziffer betrug demnach 64% der durchschnittlichen Beamtenzahl; rechnet man dazu die auswärts oder ambulant Behandelten, so wird man auf kaum 95% kommen. Gestorben ist von den Angestellten an Krankheit keiner, an Verletzung einer (Unterleibsschuß beim Streit).

Von Unternehmern starb ein 50jähriger Mann (Leberabszeß in Vielzahl).

Wegen (vorübergehender) Tropendienstuntauglichkeit nach Hause geschickt wurden 2: 1 Europäer nach schwerem Unterschenkelsplitterbruch zur medikomechanischen Nachbehandlung des sonst gut verheilten Beines, 1 Europäer nach Leberabszeß (erfolgreich operiert im Gouvernementskrankenhause Tanga).

Einmal mußte wegen allgemeiner Neurasthenie (hier verschlimmert) von einer beabsichtigten Vertragsverlängerung abgesehen werden.

Infektionskrankheiten haben, abgesehen von Malaria und Geschlechtskrankheiten, keine Rolle gespielt; 1 Typhusfall ist mit Wahrscheinlichkeit auf Tanga als Infektionsort zurückzuführen. Dysenterie kam nie zur Beobachtung (vgl. Anlage 1).

Von den 1097 Verpflegungstagen des Krankenhauses fallen 700 = 65% auf folgende 4 Krankheitsgruppen:

Malaria und Schwarzwasserfieber	195	Tage,
Geschlechtskrankheiten und Bubonen ..	214	»
(vielfach außerdem ambulant behandelt)		
Knochenbrüche	153	»
Geburten und Frauenkrankheiten	143	»

Mit als Folge der Aufklärungsarbeit darf wohl der Rückgang des Schwarzwasserfiebers aufgefaßt werden.

Es wurden an Schwarzwasserfieber behandelt:

	Personen	% der Erkrankten	mit Verpflegungstagen	% der gesamten Verpflegungstage
im Vorjahre	5	16	123	123/540 = 23%
» Berichtsjahre ..	2 (Frauen)	2½	19	19/1097 = 2%

Von Rückfallfieber kam nur ein sehr leichter Fall zur Beobachtung (zugereist).

b. Eingeborene. Hier kann in der Hauptsache auf den Bericht des Vorjahres verwiesen werden. Die dort angeführten hygienischen Bestrebungen wurden energisch fortgesetzt und waren von befriedigendem Erfolg begleitet.

Über Lager- und Abortbau wurden genaue Vorschriften ausgegeben, die wenigstens von den Kolonnenführern der Bauleitung genügend

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

berücksichtigt wurden. Sehr gut bewährt haben sich die großen Arbeiterzelte, die gegen Nässe und damit gegen Erkältungskrankheiten den besten Schutz geben und auch sonst am besten Reinlichkeitsansprüchen (Ungeziefer) genügen. Ihre leichte Transportfähigkeit (Wegfall der Lagerbaukosten) spricht u. a. auch für sie. Strohhütten bleiben in der Regenzeit kaum genügend trocken.

Die Abortbenutzung seitens der Eingeborenen erfordert einen zähen Kampf, ist aber bis zu einem immerhin wirkungsvollen Maße (Reinhaltung des Lagers) durchgesetzt worden.

In Same, Lembeni, Moschi steht Quellwasser zur Verfügung, das — nur in der Regenzeit mit Schluchtwasser vermischt — sich als einwandfrei erwies.

Für die Kolonnenführer (speziell auch des Betriebes) wurde die Ausrüstung einer Handapotheke und eine Anleitung zur Behandlung der hier wichtigsten Erkrankungen ausgefertigt; u. a. wird darin vor allem verlangt: Frühzeitige Behandlung (eventuell Einweisung ins Hospital), besonders der frischen Verletzungen und kleinen Beinwunden. Sorge für körperliche Reinlichkeit der Eingeborenen. Sorge für gute Lager (genaue Angabe) als wichtigsten Schutz gegen Erkältungskrankheiten und Seuchen wie Dysenterie, Wurmkrankheit u. a.

Für Stopf- und Schotterkolonnen wurde Material zu Beinwickeln ausgegeben.

Gesundheitsstörungen, die auf unrichtige Ernährungen zurückzuführen wären, kamen nicht in erwähnenswertem Maße vor, so daß keine Veranlassung dazu vorlag, dem Geschmack der Eingeborenen Zwang anzutun. Die Nahrung besteht in der Hauptsache aus Reis mit öfteren Fleischzugaben.

Der allgemeine Gesundheitszustand war durchaus befriedigend.

Es wurden bei einer durchschnittlichen Arbeiterzahl von 4600 (600 vom Betrieb gerechnet) als arbeitsunfähig krank behandelt

$$903 = \frac{903}{4600} \cdot 100 = 19\,\% \text{ der Arbeiter.}$$

Die höchsten Erkrankungsziffern fallen auf die nassen Monate April, Mai, September.

Gestorben sind 138 (im Vorjahr 116) = 3 % der Arbeiter.

Für die Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern haben gegen das Vorjahr an Bedeutung erheblich verloren: 1. Dysenterie (vgl. Anlage 23), 2. Fuß- und Beingeschwüre; an Bedeutung gewonnen: Lungenentzündung und Genickstarre.

Dysenterie ist ganz besonders in der zweiten Hälfte des Berichtsjahres auffallend zurückgegangen.

Amöbendysenterie war häufiger als bazilläre.

Größere Beingeschwüre sind infolge der Fürsorge für kleine Wunden direkt selten geworden. In der Statistik ist das nicht recht erkenntlich, weil durch starke Sandflohplage, besonders in Kahe, eine große Zahl kleiner Sandflohgeschwüre in Behandlung kam.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die vermehrte Zahl der Todesfälle (138 : 116) ist auf die Genickstarre zurückzuführen; sicherlich auch mit darauf, daß die schwer Erkrankten in diesem Jahre noch regelmäßiger ins Krankenhaus gebracht wurden als im Vorjahre.

Pocken sind völlig erloschen.

Bericht über Genickstarre.

Fälle von eitriger Hirnhautentzündung, die als epidemische erachtet wurden, kamen im Vorjahre 3 ganz vereinzelte (Oktober 1910, Januar, Februar 1911) vor.

Im Berichtsjahre wurden 39 beobachtet.

Die Erkrankten kamen in der Mehrzahl von Lagern am Pangani bei Kahe.

Den Höhepunkt erreichte die Epidemie im Mai (24 Erkrankungen); seit Oktober 1911 kamen nur sporadische, seit Januar 1912 überhaupt kein Fall zur Beobachtung.

Mikroskopischer und klinischer Befund, Verlauf der Krankheit sprechen vollkommen für die Identität mit unserer »Genickstarre«. Kulturelle und serologische Untersuchungen konnten nicht angestellt werden.

Der Verlauf der Seuche machte den Eindruck, daß mit den Arbeitertransporten aus dem Inneren Bazillenträger kamen, die hier in den nassen Monaten zu Erkrankungen an den verschiedensten Stellen führten.

Der 1. schwarze Aufseher des Hospitals, ein Mnyamwezi, gibt an, die Krankheit (auf Kisyamwezi: uhama, auf Kisuaheli: Mzippa) von Tabora her gut zu kennen. Er erzählt, daß dort viele Leute an dieser Krankheit sterben. »Die Leute erkranken mit Kopfschmerzen, drücken den Kopf nach hinten, Hals und Rücken sind steif, die Leute schreien viel, heute sind sie gesund, morgen krank, übermorgen tot.«

Entsprechend dem Auftreten an den verschiedensten Orten mußten sich die Maßregeln gegen diese Seuche darauf beschränken:

1. in neuen Arbeitertransporten Kranke und Verdächtige sofort auszuscheiden (gerade unter neuen Leuten fand sich die Erkrankung relativ häufig);
2. die Lager bei Kahe am Pangani zu räumen;
3. einzelne Hütten abzubrennen;
4. bei neuen Lagern besonders für Trockenheit zu sorgen (Busch- und Grasschlag).

Die Mortalität betrug im ganzen (Vorjahr eingerechnet) 27 von 42 = 64 %.

Die Behandlung bestand in regelmäßigen Lumbalpunktionen (zugleich Stütze der Diagnose), Quecksilber, Jodkali; bei Schwerkranken Sondenfütterung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

C. Jahresbericht des Krankenhauses des Berliner Vereins für ärztliche Mission in Kidugala.

Berichterstatter: Dr. Oehme.

Gesundheitsdienst.

Klima und Witterungsverhältnisse.

Auf Grund der im Berichtsjahre aufgenommenen regelmäßigen meteorologischen Beobachtungen wurden für die Station die hauptsächlichsten klimatischen Faktoren wie folgt berechnet:

Jahresmittel (Temperatur in Celsius)	17,0
Höchstes Monatsmittel	26,6
Niedrigstes Monatsmittel	8,9
Mittlere monatliche Schwankung	17,7
Absolutes Maximum	30,2
Absolutes Minimum	5,3
Größte Jahresschwankung	24,9
Mittlere tägliche Schwankung	12,1

Die Regenszeit 1911/1912 war mit insgesamt 1167,3 mm Regenhöhe im Vergleich zu denen der vorhergehenden Jahre äußerst ergiebig, was, wie später erörtert, nicht ohne Folgen für die Gesundheitsverhältnisse blieb.

Personal.

Ein Wechsel desselben oder eine Vermehrung fand gegen das Vorjahr nicht statt. Berichterstatter war vom 28. März bis 5. Juli 1911 auf Heimatsurlaub abwesend, währenddem die Station ärztlich nicht besetzt war. Der Krankendienst wurde in dieser Zeit von der Krankenschwester wahrgenommen.

Unterbringungsverhältnisse.

Das Europäerkrankenhaus wurde am 4. September 1911 erstmalig belegt und dürfte vorerst den Ansprüchen genügen. Dagegen hat sich das vorerst nur provisorisch erbaute Eingeborenenhospital als zu klein erwiesen und wird im kommenden Jahre durch einen größeren Bau ersetzt werden müssen. Ein Schwesternheim mit Räumlichkeiten für 4 Krankenschwestern geht der Vollendung entgegen, ein massives Wirtschaftsgebäude befindet sich im Bau.

Hygienische Maßnahmen.

Dieselben waren vornehmlich der Bekämpfung der Malaria gewidmet und bestanden in Zuschütten und Drainage von Tümpeln und Wasserlöchern, wie sich letztere z. B. in Gestalt der früher unbeachtet gebliebenen Lehmgruben der Ziegeleien fanden. Auch von den Eingeborenen zum Zwecke des Fangs fliegender Ameisen, die von ihnen gegessen werden, in die Erde eingegrabene und mit Laub überdeckte Tontöpfe haben sich als zuweilen schwer auffindbare Mückenbrutstätten erwiesen. Die Flußufer wurden von Schilf und Gebüsch gesäubert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Hüttenbau der Eingeborenen unterlag beständiger hygienischer Kontrolle. Um das Absetzen der Fäkalien auf den Feldern in der Nähe der Station zu verhüten, wurden Senkgruben eingerichtet, gewöhnlich eine für zwei Eingeborenenhütten. Sie sind etwa $1^1/_2$ m tief, oben bis auf eine handgroße Öffnung, die durch eine Tonscherbe verschlossen wird, mit Knüppeln und Erde eingedeckt und haben sich bislang als hygienisch einwandfrei erwiesen.

Mit einer gegen Ende des Berichtsjahres von dem benachbarten Militärposten zur Verfügung gestellten Portion Lymphe wurden 622 Eingeborene, meist Stationsbewohner, geimpft. Von diesen waren 126 Erst-, 496 Wiederimpflinge. Eine Nachschau war bei 310 Personen möglich, von diesen war die Impfung von Erfolg bei 128 (= 41,3 %), dabei ist indeß zu berücksichtigen, daß bei vielen die letzte Impfung weniger als 2 Jahre zurücklag, also noch wirksamer Impfschutz vorhanden sein mußte.

Seuchen.

Eine kleine Masernepidemie von 8 Fällen im September 1911 war ohne Belang. Dagegen flammte auf einem alten Pestherd in Ubena, bei Vudzindile, $3^1/_2$ Stunden nordöstlich von der Missionsstation Ilembula Ende Januar 1912 von neuem diese Seuche auf. Von den Eingeborenen wurde als Veranlassung die ungewöhnlich starke Regenzeit beschuldigt, und es ist immerhin möglich, daß die Ratten infolgedessen in vermehrtem Maße die menschlichen Behausungen als Unterschlupf aufsuchten und dadurch der Verbreitung der Seuche Vorschub leisteten. Bis zum Eintreffen des Berichterstatters mit einem fliegenden Laboratorium am 2. Februar waren 12 Todesfälle, nach Schilderung der Eingeborenen teils unter den Erscheinungen der Bubonenpest, teils unter denen von Lungenpest erfolgt. Während weitere Krankheitsfälle in den weiteren fünf Tagen nicht beobachtet wurden, — später erfolgte noch ein Todesfall — konnten in einem Falle aus Drüsensekret kulturell Pestbazillen gewonnen und damit die Natur der Seuche sichergestellt werden. Im ganzen wurden 36 Ansteckungsverdächtige physikalisch und bakteriologisch untersucht und unter Quarantäne gehalten. (Vgl. auch »Pest«.)

Ein zur Beobachtung gekommener Pockenfall betraf einen als Träger von der Küste kommenden Neger, der genas.

Die Zahl der im Laboratorium des Krankenhauses vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen betrug 1716. Davon waren Blutuntersuchungen 1620, Urinuntersuchungen 23, Stuhluntersuchungen 28, Kulturen 8, sonstige 37.

Von anderen Stationen.

Hygienisch wichtige Vorkommnisse sind von den anderen Stationen der Berliner Missionsgesellschaft im Njassagebiet, deren gesundheitliche Überwachung Berichterstatter obliegt, nicht zu berichten. Die kranken Farbigen wurden auf denselben in der bisher üblichen Weise

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

von den Missionaren oder Krankenschwestern ärztlich versorgt, Schwerkranke oder zu Operierende in der Regel dem Krankenhaus überwiesen. Auf der Missionsstation Milow (Bezirk Songea) kamen, durch heimkehrende Bahn- und Plantagenarbeiter eingeschleppt, die ersten Fälle von Rückfallfieber zur Beobachtung.

16. Soziale Hygiene.

a. Trägerfürsorge.

Infolge ihrer Abgelegenheit von großen Karawanenstraßen wird die Station Wilhelmsthal nur in seltenen Fällen von Trägerkarawanen berührt. Infolgedessen sind keine besonderen Maßnahmen dafür getroffen. Für eventuelle Unterbringung sorgt der Akide. Nahrungsmittel sind in den hiesigen beiden Inderläden stets genügend und in verschiedener Auswahl käuflich zu erlangen.

Eine Karawanserei ist auf der Station Pangani nicht vorhanden, so daß die angeworbenen Träger sich selbst Unterkunft suchen müssen. Für Dienstreisen ins Innere werden Träger von den Jumben bzw. Akiden der umliegenden Dörfer gestellt.

Im Bezirke Bagamojo ist in letzter Zeit der Karawanenverkehr bedeutend gesunken. Der Rückgang dieses Verkehrs ist einesteils auf den Bahnbau Daressalam–Tabora und andernteils auf den anhaltenden Verzug der indischen Großkaufleute von hier nach Daressalam zurückzuführen. Auch ist der Trägerbedarf seitens der europäischen Firmen gegen früher stark in den Hintergrund getreten. Der z. Zt. herrschende geringe Karawanenverkehr erstreckt sich nur auf die im Bezirke ansässigen Europäer oder Missionsstationen.

Die in Bagamojo vorhandene Karawanserei ist seit etwa einem Jahre außer Betrieb gestellt und findet seit der Zeit durch Veräußerung andere Verwendung. In Sadani bestehen noch einige aber wenig benutzte Askariwohnungen, welche von den ankommenden Trägern als Unterkunftsräume verwandt werden. Andere Unterkunftsräume sind im Bezirke für Träger nicht vorhanden.

Im Bezirk Rufiji werden Träger im allgemeinen wenig gebraucht, da sich der Hauptverkehr auf dem Rufiji und Mohoroflusse abspielt, wo die Lasten durch den Gouvernementsdampfer Tomondo, durch Einbäume und auf dem Mohoro durch Dhaus befördert werden. Meist nur für Europäerreisen im Bezirk werden Träger benötigt für kürzere Strecken, wofür die Träger einen Tageslohn von 25 H. und täglich 15 H. für Verpflegung erhalten. Lasten von 25—30 kg werden von den kräftigen Bewohnern des Bezirks leicht, wenn auch nicht gern getragen.

Die Verpflegung für die Träger im Bezirk Kilwa wird mit 15 H. in bar ausbezahlt. Der ortsübliche Lohnsatz beträgt 25 H. Von November bis Januar ist im Innern des Bezirks Verpflegung nur an den größeren Plätzen, in denen Händler wohnen, zu erhalten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zur Unterbringung der Träger und durchreisenden Farbigen steht in Lindi seit Jahren die Karawanserei zur Verfügung. Sie besteht aus großen, massiven Steinhäusern, die mit Wellblech gedeckt sind. An allen größeren Lagerplätzen im Bezirk sind für die Träger Rasthallen errichtet, die zumeist in einfachster Form aus einigen Pfählen und einem Grasdach bestehen, damit sie wegen der schnellen Verseuchung mit Rückfallfieberzecken niedergebrannt und an anderer Stelle neue sofort wieder erbaut werden können.

Die Expeditionen der Gouvernementsbeamten und Schutztruppenangehörigen werden entsprechend der Trägerzahl aus den Beständen der Sanitätsdienststelle in Lindi oder von den Bezirksnebenstellen hinreichend mit Arznei- und Verbandsmitteln ausgerüstet.

Bei größeren Expeditionen wird in jedem Lager für die farbigen eine Abortgrube ausgehoben, die sie wegen der Wurmkrankheitsgefahr benutzen müssen.

Der Lastentransport von Moschi nach Aruscha vollzieht sich auf Burenwagen; die geringe Zahl von Trägern, die Aruscha berühren, ließ besondere Maßnahmen nicht erforderlich erscheinen.

Eine besondere Trägerfürsorge findet im Bezirk Moschi zur Zeit nicht statt. Träger, die von der Regierung oder Privatpersonen angestellt werden, erhalten Lohn und Verpflegungsgeld und müssen während der Reisen im übrigen für sich selbst sorgen. Besondere Unterkunft ist nur in wenigen Lagern in Gestalt ziemlich dürftiger Hütten vorhanden. Dies ist aber auch gut, da alle für Träger erbauten Rasthäuser doch in kurzer Zeit mit Rückfallfieber verseucht werden, so daß es also für die Leute besser ist im Freien oder in schnell aufgebauten Grashütten zu schlafen. Ebenso ist eine zwangsweise Ausstattung mit Schlafdecken bisher nicht vorhanden. Eine solche Anordnung könnte im hiesigen kalten Klima recht segensreich wirken, ebenso das Mitgeben von Zeltbahnen, wie sie für die Askari üblich sind.

Eine Trägerfürsorge bestand bisher im Bezirk Morogoro nicht, sie wird im Rechnungsjahr 1912/13 eingerichtet.

Kilossa ist als Zentrale für die Lastenbeförderung nach Iringa, Mahenge, Langenburg usw. bekannt. Ein Trägerlager ist hier für die Träger gebaut, woselbst sie ihren Aufenthalt nehmen können. Sämtliche Träger erhalten auf der Boma einen Reisepaß, der ihnen auch unterwegs Sicherung bietet. Ihr Trinkwasser entnehmen sie dem Brunnen am Markt.

Seit Fertigstellung der Bahn bis Tabora hat der frühere sehr lebhafte Trägerverkehr von der Küste auf der alten Karawanenstraße über Kilimatinde nach Tabora und den Seen fast ganz aufgehört. Die Rasthäuser stehen verwaist und verfallen allmählich, da für ihre Erhaltung kein Bedürfnis mehr vorhanden ist. Das Rasthaus in Kilimatinde wird zwar noch erhalten, steht aber fast immer leer.

Für die Träger ist eine Karawanserei am Südausgang des Ortes Iringa in der Nähe des Ortsjumben eingerichtet. Es stand dort eine große Halle in Form eines Vierecks, nur nach einer Seite offen. Da

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ornithodorus moubata vorhanden, wurde die Halle abgebrochen und zunächst durch keine neue ersetzt.

Von Zeit zu Zeit findet eine Revision der Karawanserei statt hinsichtlich Reinlichkeit und Ordnung.

In Usumbura findet eine doppelte Kontrolle aller ausgehenden und einkommenden Träger statt. Einmal von Seiten der Residentur, das zweitemal ärztlicherseits. Wenn diese auch in erster Linie im Interesse der Schlafkrankheitsbekämpfung eingeführt ist, so erfüllt sie doch gleichzeitig den guten Zweck, daß hierbei alle schwächlichen und kranken Leute zurückgehalten werden. Ferner ist bei Reisen in der Tanganykaebene seitens der Europäer die Einrichtung geschaffen, daß die Leute nur von Mtwalen zu Mtwalen marschieren, dort werden sie durch neue ersetzt. Hierdurch können die Träger stets am selben Tage in ihre Ortschaften zurückkehren. Sie werden in dem feucht-heißen Klima nicht überanstrengt und brauchen nicht unter ungünstigen Umständen im Freien zu übernachten. Sogenannte Rasthäuser gibt es im Bezirk nicht. Zum Übernachten in Usumbura stehen den auswärtigen Trägern Hütten in dem 15 Minuten von der Station entfernten Dorfe des Mtwalen zur Verfügung.

Bei Reisen von Europäern in den Bergen, in denen ein tägliches Wechseln aus äußeren Gründen nicht möglich ist, erhält jeder Mann 1 auch 2 wollene Decken geliefert.

Besondere Einrichtungen auf dem Gebiete der Trägerfürsorge bestehen in Muansa nicht.

Außerhalb der Stadt ist an der Taborastraße eine Karawanserei mit Abortanlagen für die nach Muansa kommenden Träger errichtet worden.

Für Träger sind im Bezirke Bukoba auf allen Lagerplätzen besondere — vom Europäerlager abgetrennte — Hallen oder auch Hütten gebaut; auf dem Trägerrastplatz in Bukoba wurde eine große Latrine für die Leute errichtet; auch auf den Lagerplätzen des Bezirks finden sich überall besondere Trägeraborte, die aber häufig unbenutzt bleiben.

Für die Verpflegung der Träger wird seitens des betreffenden Lagerkatikiros meist in ausreichendem Maße und für billiges Geld gesorgt; allerdings beschränkt sich die Verpflegung in der Hauptsache auf die Banane, deren Eiweißgehalt als alleiniges Nahrungsmittel nicht ausreicht. In den ersten Monaten nach der Regenzeit kommen daneben Kartoffeln und Bohnen zur Abgabe.

b. Arbeiterfürsorge.

Die Arbeiterfürsorge im Bezirk Wilhelmsthal geschieht laut den vom Kaiserlichen Gouvernement erlassenen Bestimmungen der Arbeiterordnung. Für die Einhaltung derselben sorgt im hiesigen Bezirk der Distriktskommisssar in Mombo im Verein mit dem Regierungsarzt in Amani.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Arbeiterfürsorge des Gouvernements-Krankenhauses Tanga hat sich auf die Behandlung der von den Pflanzungen zugewiesenen erkrankten Arbeiter sowie auf ärztliche Ratschläge an die Pflanzungen, betreffend Behandlung und Beköstigung ihrer Arbeiter beschränkt.

Auf den umliegenden Pflanzungen von Pangani ist für die Arbeiter nach jeder Richtung hin gesorgt. Es sind fast auf jeder Pflanzung Arbeiterdörfer angelegt. Die Häuser sind geräumig gebaut. Trinkwasser ist meist in der Nähe. Ebenfalls hat fast jedes Haus eine Latrine in Form einer Senkgrube.

Für plötzliche Unglücksfälle sind Medikamente und Verbandmittel für Notverbände auf allen Pflanzungen vorhanden. Leichtkranke werden auf der Pflanzung behandelt, dagegen Schwerkranke dem Hospital überwiesen.

Die Arbeiterfürsorge ist eine der wichtigsten und heikelsten Fragen des Bezirks Mohoro. Es bestehen zur Zeit mit der Gouvernements-Baumwollstation Panganga 9 Europäerpflanzungen im Rufijibezirk, die neben Kautschuk hauptsächlich Baumwolle anpflanzen. Zur Bearbeitung ihrer Felder brauchen sie schwarze Arbeiter, die sie sich in der Hauptsache aus ihrer nächsten Umgebung verschaffen, aber auch durch Arbeiteranwerber aus anderen Bezirken.

Die Arbeiter arbeiten nach einer Monatskarte, für die sie im Durchschnitt 8 Rp. erhalten. Die aus der Umgebung stammenden kommen früh und gehen abends wieder fort. Andere sind für die Zeit ihres Kontraktes in großen Arbeiterhäusern untergebracht und erhalten dann außer dem Lohn noch Verpflegung. Die Arbeiterwohnungen waren im allgemeinen, soweit das bei dem Hochwasser möglich war, und soviel ich gesehen habe, reinlich und geräumig. Dazu waren ausreichende Abortanlagen, entweder große Senkgruben oder Bohrlöcher mit Strohüberdachung, und gute Wasserversorgung (zum Teil arthesische Brunnen) vorhanden.

Die Arbeit ist leicht und gesund, da meist Feldarbeit. Auch das Ginnen der Baumwolle durch Maschinen geschieht in geräumigen, luftigen Räumen. Die Arbeiter sehen deshalb auch meist gesund und kräftig aus.

Gemäß Verfügung des Kaiserlichen Gouvernements werden die im Bezirk Kilwa für andere Bezirke angeworbenen Arbeiter der Sanitätsdienststelle zur Untersuchung und Impfung vorgeführt.

Auf den Pflanzungen des Bezirks Kilwa wird den Arbeitern für mäßige Preise Nahrung verkauft und Gelegenheit zum Anbau von Lebensmitteln gegeben. Die Anordnung des Bezirksamts, daß bei jedem Eingeborenenhause ein Abort sein müsse, wird leider auf den Pflanzungen nicht vollständig durchgeführt.

In Krankheitsfällen werden den Arbeitern Arzneien und Verbandmittel gewährt; daß die Krankenfürsorge infolge unzureichender Kenntnisse der Pflanzer und ihrer Angestellten nicht auf der Höhe steht, läßt sich schwer ändern.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Mehrere Monate war im Berichtsjahre im Bezirk Lindi ein Distriktskommissar tätig; er übte gemäß seinen Instruktionen ganz besonders auf die Besserung der hygienischen Einrichtungen der Pflanzungsbetriebe eine Kontrolle aus. Auch der Arzt besichtigte auf den Pflanzungen gelegentlich einiger Impfreisen die Durchführung der hygienischen Bestimmungen der Arbeiterverordnung. In der Tat ist es durch die ständigen Hinweise und Revisionen gelungen, auf fast allen Pflanzungen Abortanlagen zu schaffen, die von den Arbeitern benutzt werden. Auch in der Unterbringung der Arbeiter ist eine erfreuliche Besserung sichtbar. Übereinstimmend geben dann auch die Pflanzungsleiter an, daß der Gesundheitszustand ihrer Leute sich bedeutend gehoben habe, namentlich bezüglich der Wurmkrankheit.

Auf Impfreisen wurden die Arbeiter der Pflanzungen gegen die Pocken geimpft.

Die meisten Europäerpflanzungen am Meruberg (Bezirk Aruscha) beschäftigen nur bezirkseingesessene Eingeborene, die nachmittags nach der Arbeit in ihre Wohnungen zu ihrer Familie zurückkehren; nur wenige Pflanzungen beschäftigen Arbeiter aus anderen Bezirken und sorgen für deren Unterbringung in ausreichender Weise. Die Aruscha passierenden Arbeitertransporte nach Usambara und in das Bahnbaugebiet führen meist kleine Zelte mit sich zum Schutz gegen Wind und Wetter.

Die Arbeiterfürsorge im Bezirke Moschi ist durch das Arbeitergesetz für die Kontraktarbeiter geregelt und wird entsprechend durchgeführt. Für die Gelegenheitsarbeiter und Tagelöhner wird außer dem vereinbarten Lohn besondere Fürsorge nicht geleistet. Die Arbeitszeit ist stets angemessen geregelt.

Für Arbeiterfürsorge wird auf den Plantagen des Bezirks Morogoro — abgesehen von einzelnen Ausnahmen — noch relativ wenig getan. Maßnahmen, die sich in den Nordbezirken längst eingebürgert haben, stoßen hier noch auf Widerstand. Die Entwicklung der Pflanzungen ist auch in dieser Hinsicht gegen den Norden noch erheblich zurück. Die Unterbringung, die Wasserversorgung, die Latrinen, die Fürsorge für Erkrankte lassen auf vielen Pflanzungen noch viel zu wünschen übrig. Es liegt dies zum größten Teil daran, daß die hiesigen Pflanzungen sich noch im Entwicklungsstadium befinden, stabile Verhältnisse noch nicht eingetreten sind und die meisten Pflanzungen eine Rente noch nicht abwerfen.

Die Kilossa berührenden Arbeitertransporte für Pflanzungen usw. haben ihre Unterkunft im Trägerlager. Gemäß Erlaß des Kaiserlichen Gouvernements haben alle für die Pflanzungen an der Küste angeworbenen Leute die Bahn zu benutzen. Infolgedessen müssen sich alle Leute zuerst auf der Bezirksnebenstelle melden, von wo sie zur Sanitätsdienststelle geführt und auf ansteckende Krankheiten untersucht und dann geimpft werden. Etwaige Kranke oder Verdächtige werden im Hospital bis zu ihrer Genesung aufgenommen und später nachgesandt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Alle im Bezirk Iringa angeworbenen Arbeiter, ja sogar solche aus den Bezirken Langenburg und Bismarckburg, werden der hiesigen Sanitätsdienststelle vorgeführt. Die Leute werden im allgemeinen auf ihre Körperbeschaffenheit geprüft, ob sie gesund und kräftig genug für den Dienst auf den Farmen erscheinen. Ferner werden sämtliche Leute der Schutzpockenimpfung unterzogen und neuerdings auf Wurmkrankheit untersucht. Die mit Wurmkrankheit Befallenen werden der Vorschrift entsprechend mit Thymol behandelt.

Arbeiter werden im Bezirk Usumbura im allgemeinen nur vom Gouvernement und den Missionen beschäftigt. Ansiedler gibt es hier nicht. Die Stationsarbeiter sind entweder aus der Nähe, so daß sie jeden abend nach Hause gehen können, oder, wenn sie von weiter her sind, werden sie in Arbeiterlagern untergebracht, die sehr häufig gewechselt werden. Für ihre Verpflegung wird von der Residentur Sorge getragen. Kochgelegenheit ist vorhanden. Die bei den Sanierungsarbeiten der Schlafkrankheitsbekämpfung beschäftigten Leute erhalten den ortsüblichen Lohn und werden gleichfalls in Lagern untergebracht, die in gleicher Weise häufig gewechselt werden.

Arbeiteranwerbung ist im Lande verboten.

Besondere hygienische Einrichtungen für die Arbeiter auf den Plantagen und bei den geschäftlichen Unternehmungen sind, abgesehen von der Anlage von Latrinen auf den Grundstücken der verschiedenen Firmen in Muansa, im Interesse der Wurmkrankheitbekämpfung bisher nicht getroffen worden, da es sich bei den hier im Bezirk befindlichen Betrieben fast nur um sogenannte Monatsarbeiter gehandelt hat, d. h. Leute, die nur einen Monat auf der betreffenden Plantage gearbeitet haben. Entweder kehrten sie nach Beendigung ihrer Arbeit täglich in ihr benachbartes Dorf zurück oder sie mieteten sich für den Preis von 1 Rp. bei nahewohnenden Eingeborenen ein, von denen sie auch verpflegt werden. Neuerdings werden auf den Plantagen erheblich mehr Arbeiter eingestellt, so daß sich das eben geschilderte System nicht wird aufrecht erhalten lassen. Infolgedessen müssen nunmehr auf den Plantagen durchgreifendere hygienische Maßnahmen getroffen werden, die sich in erster Linie auf Wohnungs- und Ernährungsfürsorge, Maßnahmen gegen Seuchenverbreitungen (Anlage von Abortgruben, Sanierungsarbeiten) usw. erstrecken müssen.

Von einer eigentlichen Arbeiterfürsorge kann im Bezirke Bukoba bei dem Mangel an größeren landwirtschaftlichen oder industriellen Betrieben noch keine Rede sein.

Der ortsübliche Lohn beträgt täglich 10—15 H. einschließlich Verpflegung; diese besteht fast ausschließlich aus Bananenbrei (vitoke). Die Leute bringen sich die Früchte entweder selbst mit oder lassen sich die Lebensmittel von ihren Angehörigen zutragen. Wohnen sie weit entfernt, so bekommen sie auch wohl das Essen vom Arbeitgeber geliefert. Unterkommen finden die am Ort beschäftigten Arbeiter entweder in den Gehöften ihrer Sultane oder bei Freunden in den zahlreichen umliegenden Negerpflanzungen. Auf den wenigen Plantagen-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

betrieben im Bezirk, die erst in den Anfängen sind, sind teilweise Hütten für die Arbeiter von den Besitzern erbaut worden.

In Krankheitsfällen werden die Arbeiter, wie auch anderswo üblich, im Hospital auf Kosten ihres Arbeitgeber behandelt.

c. Gefangenenfürsorge.

In Wilhelmsthal wurden die Kettengefangenen stets mit abgekochtem Wasser versehen und nachts von der Kette losgeschlossen. Die Kettenräume wurden jeden Monat geweißt und desinfiziert. Der Gesundheitszustand der Gefangenen war zufriedenstellend.

Die Gefangenenräume der Station Pangani liegen in unmittelbarer Nähe des Hospitals. Für die Unterbringung der Kettengefangenen sind 7 Räume vorhanden. Der Luftraum beträgt bei 2 Räumen 72 cbm, bei 2 Räumen 108 cbm und bei 3 Räumen 30 cbm. Die Belegungsstärke der einzelnen Räume beziffert sich je nach der Zahl der Kettengefangenen; im Durchschnitt fällt augenblicklich auf jeden Gefangenen ein Luftraum von 6 cbm.

Der Gesundheitszustand war im Berichtsjahr gut. Die meisten Erkrankungen betrafen die neu an die Kette Gekommenen. Diese wurden, sobald sie länger als 8 Tage an der Kette verbleiben mußten, geimpft.

Die Verpflegung ist gut und geschieht durch das Bezirksamt.

Ein Brunnen ist im Kettengefangenenhofe vorhanden und liefert Trink- und Badewasser.

Eine Latrine ist nicht vorhanden. Die Kettengefangenen werden täglich zweimal an den Strand geführt. Des Nachts werden Gefäße in die Räume gestellt zur Aufnahme der Fäkalien, welche morgens ebenfalls am Strand entleert werden.

Beim Bezirksamt Kilwa sind 11 Räume zur Unterbringung farbiger Gefangener verfügbar. Diese Räume liegen zu ebener Erde an der Ostseite der Boma derart, daß die äußere Wand die östliche Umfassungsmauer der Festung ist.

Insgesamt stehen 328,210 cbm für 82 Neger zur Verfügung, davon für Inder ab: 42,066 cbm 4—6 Inder u. a., bleiben für 80 Farbige: 286,144 cbm, also pro Kopf 3,5 cbm, doch wird die Belegungsstärke von 80—82 Gefangenen nur selten erreicht, meist sind rund 50—60 Gefangene in diesen Räumen untergebracht, zur Zeit 46.

Wasser zum Trinken und Kochen entnehmen die Gefangenen der Wasserleitung in der Boma. Für den Notfall steht im Bomahof ein gemauerter Kesselbrunnen mit leicht brackigem Wasser zur Verfügung.

Wöchentlich einmal wird den Gefangenen zum Waschen ihres Zeuges und zum Baden Gelegenheit gegeben.

Die Verpflegung der Gefangenen besteht in Negerhirse mit Bohnen täglich, an 2 Tagen der Woche gibt es Reis mit Fisch, bei Gelegenheit Fleisch. Schwächlichen und magenkranken Gefangenen wird erlaubt,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sich Mehl zu bereiten und es als Mehlbrei (von Reis oder Mtama) zu verzehren.

In der Festung ist für den Gebrauch der Kettengefangenen 1 Abort mit Wasserspülung eingerichtet, den sie bei Tage benutzen können. Nachts wird je ein Eimer in die Räume gestellt.

Der Gesundheitszustand der Gefangenen wird durch die Haft, das Lebensalter, den Gesundheitszustand vor der Einlieferung, durch früher erworbene chronische Krankheiten (Ruhr, Bilharzia u. a.) bedingt. Besonders chronische Ruhr oder Bilharzia des Rectums kommen zu heftigem Ausbruch durch die Gefangenenkost und die Anstrengung der Kettenarbeit, zumal wenn die Bekleidung mangelhaft, der Schutz des Bauches gegen Erkältung unzureichend ist. Das frühzeitige Aufstehen in kühlen Monaten, mangelhafte Bekleidung und Staub aufwirbelnde Arbeit, wie Straßenfegen u. a., verursachen häufig Bronchialkatarrhe.

Die Räume für die farbigen Kettengefangenen in Lindi stehen im Zusammenhange mit dem Bezirksamtsgebäude. Sie bestehen aus 14 großen, hohen, mit einem vergitterten Fenster versehenen Zimmern, die an einem nicht überdachten Gang liegen. Ihr Fußboden ist zementiert, die Wände sind gekalkt. In regelmäßigen Intervallen wird der Boden mit Lysollösung desinfiziert, während die Wände von Zeit zu Zeit mit neuem Kalkmilchanstrich versehen werden. Auf dem zum Eingeborenengefängnis gehörigen Hof befindet sich die mit Wellblech überdachte Küche.

Jeder Gefangene erhält eine Matte und eine Decke. Mehrmals wöchentlich werden die Gefangenen zum Baden im Meere geführt.

Sehr ähnlich liegen die Verhältnisse für die Strafgefangenen in Mikindani, wo sie ebenfalls in Räumen des Verwaltungsgebäudes liegen.

Die Kettengefangenenräume der Bezirksnebenstelle Newala sind provisorische Hütten.

Die Kettengefangenen in Lindi werden sofort nach ihrer Einlieferung auf Wurmkrankheit untersucht und erforderlichenfalls behandelt.

Das Gefängnis in Moschi ist für die jetzige Zahl der Gefangenen zu klein. Außerdem liegt es in der Festung, in der auch fast alle Europäer wohnen, was für diese wenig angenehm ist und auch gesundheitliche Nachteile mit sich bringt. Denn unter den Gefangenen sind natürlich stets Leute mit latenter Malaria, Ruhr und Wurmkrankheit, die für ihre Umgebung eine Gefahr bedeuten können. Sonst ist das Gefängnis massiv gebaut, mit Wellblech gedeckt, sein Fußboden, der aus Zement besteht, liegt aber tiefer als der Erdboden, so daß er in der Regenzeit stets feucht ist. Die Räume sind mit Kalkanstrich versehen, der öfter erneuert wird, ohne jedoch die Wanzen vertreiben zu können. Die Gefangenen schlafen auf dem Fußboden, erhöhte Bettstellen gibt es nicht. Anstaltskleidung gibt es ebenfalls nicht. Die Verpflegung ist

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gut und reichlich, aus Bananen, Mais und einmal wöchentlich Fleisch bestehend. Der Gesundheitszustand der Gefangenen ist im allgemeinen gut, besonders Leute, die längere Strafen zu verbüßen haben, befinden sich in vortrefflichem Zustand. Erkrankungen und Todesfälle kommen natürlich vor, betreffen aber in der Hauptsache Personen, die von Natur schwächlich sind und schon mit latenten Krankheiten eingeliefert werden. Auch Wunden spielen erhebliche Rollen, wie sie bei der Arbeit leicht entstehen.

Die Arbeit selbst ist nicht besonders schwer und besteht in der Hauptsache aus Wasser- und Holzholen, Reinigen, Wegebauten und ähnlichem.

Als Trinkwasser wird den Gefangenen gekochtes Wasser verabreicht, das in Blechtins vor dem Gefängnis aufgestellt ist.

Die Fürsorge für die Gefangenen in Kondoa-Irangi erstreckt sich auf folgende Punkte: Als Lager hat jeder Gefangene eine Strohmatte und eine wollene Decke, bei kalter Witterung wird noch eine zweite Decke ausgegeben. In jedem Raum des Gefängnisses ist ein Gefäß mit Trinkwasser für die Nacht untergebracht, außerdem zur Aufnahme von Urin und Stuhl ein Blechgefäß, welches jeden Morgen gereinigt wird. Von den schweren Verbrechern, die auch während der Nacht an der Kette bleiben, hat jeder neben dem Lager sein eigenes Nachtgeschirr. Jeden Morgen vor Beginn der Arbeit, um $^1/_2$7 Uhr, ebenso nach Schluß der Arbeit um 4 Uhr nachmittags, werden die Gefangenen zum Baden an den Fluß geführt. Wöchentlich einmal werden die Gefangenen dem Stationsarzt zur Untersuchung auf ihren Gesundheitszustand vorgeführt.

Die Kettengefangenenräume in Kilossa werden wöchentlich einmal mit heißem Soda- oder Seifenwasser ausgepinselt, wobei zugleich auch die Decken der Gefangenen ausgekocht werden. Die durchschnittliche Belegungsstärke des Gefängnisses beträgt 20—25 Gefangene, die in 5 Räumen untergebracht werden können. Die Verpflegung der Gefangenen besteht in Hirse, Mais oder Bohnen, jeder Mann erhält pro Tag 1 Pfd. Außerdem erhalten die Gefangenen jeden dritten Tag pro Kopf $^1/_4$ kg Fleisch. Die Gefangenenlatrine befindet sich in einem abgeschlossenen Raume in Form eines Eimers, der alle Tage von den Kettengefangenen geleert und gereinigt wird. Das Wasser wird von dem anderenorts beschriebenen Europäerbrunnen entnommen und vor dem Genusse abgekocht. Nennenswerte schwere Erkrankungen sind unter den Kettengefangenen im Berichtsjahr nicht vorgekommen.

Der Gefängnisraum in Neu-Langenburg wurde neu gebaut. Er erhielt seinen Platz östlich neben der früheren Markthalle, dem jetzigen Handwerkerhause, von der Station etwa 400 m entfernt, nördlich von ihr und viel tiefer liegend.

Das Gebäude selbst ist hufeisenförmig angelegt, die offene Seite des Hufeisens nach der dort vorbeiführenden Straße, der Station abgewandt, gerichtet. Es ist an seinen Außenseiten 18 bzw. 12 m lang, der von ihm eingeschlossene Innenhof 10 bzw. je 4 m lang.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Das Fundament ist aus gebrochener Lava mit Kalk hergestellt; es erhebt sich durchschnittlich etwa 50 cm über den Erdboden. Dann folgt Mauerwerk aus gebrannten Ziegelsteinen und Laterit. Das Dach ist aus Wellblech, flach nach dem Innenhof geneigt. An Räumen sind vorhanden im Ostflügel ein Raum von 3,10 × 5,40 m, im Mittelflügel zwei Räume von je 8,20 × 5,00, im Westflügel zwei kleine Räume von je 1,40 × 1,90, sowie ein Raum 3,10 × 3,20 m. Letzterer ist, falls er nicht mit belegt werden muß, als Küchenraum gedacht; die beiden ganz kleinen Räume als Arrestzellen. Die Räume sind im Innern 2,70 bis 3,50 m hoch, die Wände abgeputzt und geweißt. Licht und Luft erhalten sie nur durch einige kleine, mit jalousieartig eingelegten Brettern wieder halb verschlossenen Fensterchen, bei starker Belegung der Räume ungenügend. Nachts werden Eimer in die Räume hineingesetzt.

In Muansa befindet sich im Hofe des Gebäudes für die Polizeiabteilung ein massives Steingebäude mit Wellblechbedachung mit 16 luftigen Räumen für die Kettengefangenen. Davon haben 4 Räume je 120, 2 je 30, 3 je 13½ und 7 je 9 cbm Luftraum. Die ersten 4 Räume werden mit je 30—35, die zweiten mit je 8, die dritten mit je 5 Kettengefangenen belegt, die letzten 7 Räume sind Einzelzellen, bestimmt für die Polizeiaskari und kettengefangenen Inder. Sämtliche Räume sind weiß gekalkt und haben je nach ihrer Größe ein bis zwei 1 m breite und ½ m hohe Fenster nach dem Hofe zu.

Der Gesundheitszustand der Kettengefangenen kann als gut bezeichnet werden.

Die Verpflegung besteht abwechselnd aus Reis und Hirsemehl, Bataten und Maniok; zweimal wöchentlich wird Fleisch verabfolgt.

Das Wasser wird aus dem vom Kaiserlichen Bezirksamt im Hofe der Polizeiabteilung errichteten steinernen Wasserreservoir entnommen. Das Wasser ist einwandfrei.

Der Badeplatz für die Kettengefangenen befindet sich im See an einer bestimmten Stelle, wohin sie täglich zum Baden gebracht werden.

Die Abortanlage für Kettengefangene befindet sich im Polizeigebäude. Die Aborteimer werden täglich zweimal in eine Abortgrube entleert. Nachts sind in den Gefangenenräumen mehrere Aborteimer aufgestellt, die morgens in die Abortgrube entleert werden. Die Kettengefangenen werden nachts von der Kette losgeschlossen.

Wöchentliche Untersuchungen der Kettengefangenen finden regelmäßig jeden Sonnabend durch die Sanitätsdienststelle statt.

Innerhalb des Festungsgebäudes von Udjidji, an der Ostseite, befinden sich vier Räume zur Unterbringung der Kettengefangenen. Der Luftraum von zwei Kettenräumen beträgt je 50 cbm, des dritten 42,8 und des vierten 53,2 cbm. Die Durchschnittszahl der Kettengefangenen beläuft sich auf 60 Mann; mithin stehen jedem Kettengefangenen etwas über 3 cbm Luftraum zur Verfügung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Räume sind trocken und mit Wellblech gedeckt, die Wände mit Kalkanstrich versehen und die Fußböden mit Mörtelmasse festgestampft. Auf etwa 45 cbm Zimmerraum ist $1^1/_2$ qm Fensterfläche vorgesehen.

Wöchentlich einmal werden die Kettenräume mit Lysollösung desinfiziert, und monatlich werden die Wände frisch gekalkt. Die gewöhnliche Reinigung geschieht täglich morgens durch die Gefangenen.

Die Krankheiten der Gefangenen bestehen vorwiegend in kleineren äußeren Verletzungen. Schwere innere Leiden wurden bisher nicht beobachtet. Wurmkrankheit und Dysenterie kamen nur vereinzelt zur Beobachtung.

Zur Hebung der Körperpflege werden die Leute einmal in der Woche zum Baden in den See geführt.

Die Verpflegung der Kettengefangenen ist reichlich und gut. Neben Fleisch und Fischen werden hauptsächlich Mehl, Bohnen und Bananen verabreicht.

Das Trinkwasser für die Gefangenen wird aus dem See geschöpft. In der Nacht steht in jedem Raum ein Wassertopf mit Trinkwasser zur Verfügung.

Der Abort besteht aus vier tiefen Senkgruben, die umzäunt und überdacht 300 m von der Boma entfernt liegen.

Das Kettengefängnis in Usumbura liegt innerhalb der Festung, es ist geräumig und genügend luftig. Es sind 7 Räume für Männer, 1 für Weiber vorhanden. Durchschnittlich befinden sich 50 Gefangene hier. Die aus der Ebene stammenden erhalten die hier übliche Nahrung: Mais, Bananen, Bohnen, Kartoffeln und einmal wöchentlich Fleisch. Die Leute aus den Bergen erhalten jeden zweiten Tag Fleisch, ferner Milch und Negerbier, letzteres je nach Bedarf. Sie sind an die sogenannte Gebirgskost, die zum großen Teil aus Bananenbier und Fleisch besteht, derartig gewöhnt, daß sie ohne dieselbe schlecht auskommen. Das Trinkwasser wird abgekocht. Dysenteriefälle unter den Kettengefangenen sind daher selten. Der Gesundheitszustand ist infolge der vorzüglichen Ernährung und Unterbringung sehr gut bei den Leuten aus dem Flachlande; sie werden bei längerer Haft dick und fett! Anders ist es mit den aus den Bergen stammenden Gefangenen. Trotz der größten Fürsorge vertragen sie die Haft meist schlecht. Sie entbehren die Freiheit der Berge und das gesunde Klima daselbst. Mancher von ihnen geht in der heißen Tanganyka-Ebene an Fieber und Entkräftung zugrunde. Chininprophylaxe der gefangenen Gebirgsleute wird dauernd durchgeführt.

Als Abort sind Senkgruben in entsprechender Weise angelegt. Für die Nacht sind Urinflaschen in den Räumen vorhanden.

Wöchentlich werden die Räume einmal mit Lysol desinfiziert.

d. Prostitution.

Im Berichtsjahre wurde durch Verfügung des Gouvernements die allgemeine Kontrolle der Prostituierten angeordnet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Über die Durchführung und den Erfolg dieser Maßnahme liegen folgende Berichte vor.

In Wilhelmsthal werden wöchentlich einmal Untersuchungen der Prostituierten auf Geschlechtskrankheiten abgehalten. Die Anzahl der Prostituierten betrug 13. Davon wurden als krank befunden 5, die alle an Tripper litten mit 205 Behandlungstagen im Hospital.

Die Prostituierten der Stadt Tanga wurden wöchentlich einmal untersucht.

Unter den 13 Prostituierten wurden als krank befunden: An Tripper 11, an weichem Schanker 5, an hartem Schanker bzw. an Syphilis 2. Die Zahl der Behandlungstage betrug im Lazarett 518 Tage; poliklinische Behandlung fand nicht statt.

Aus Daressalam schreibt Stabsarzt Dr. Exner aus dem Europäerkrankenhause:

Die während der letzten Jahre bei der Behörde angemeldeten und der Kontrolle des Arztes des Gouvernementskrankenhauses überwiesenen Prostituierten gehörten verschiedenen Nationen an. Außer Kreolinnen von Reunion und den Seychellen waren Österreicherinnen, Italienerinnen, Amerikanerinnen und Japanerinnen vertreten.

Ihr Aufenthalt war meist nur von kurzer Dauer. Sie siedelten gewöhnlich nach Orten mit mehr Verkehr (Südafrika) über. Einige wurden, da Geschlechtskrankheiten bei ihnen festgestellt worden waren, von der Behörde ausgewiesen.

Die Prostituierten wohnen in der Stadt verstreut.

Während des Berichtsjahres standen hier unter Kontrolle im ganzen 10 Prostituierte. Gleichzeitig waren 2—6 davon in Daressalam.

Davon waren 2 Italienerinnen,
6 Kreolinnen (5 Reunion 1 Seychellen),
2 Japanerinnen.

Geschlechtliche Erkrankungen kamen bei den untersuchten Prostituierten während des Berichtsjahres nicht zur Beobachtung.

Die Geschlechtskrankheiten sind in Daressalam allgemein durch die regelmäßige Untersuchung der prostituierten Negerweiber zurückgegangen; besonders sind akute Syphilisfälle selten geworden.

Die Untersuchung der schwarzen Prostituierten findet jeden Sonnabend im Sewa Hadji-Hospital statt. Unter den 31 Prostituierten kamen im letzten Jahre 74 Erkrankungen vor, und zwar 53 an Tripper, 21 an weichem Schanker, an hartem Schanker und an Syphilis keine.

Bei Beginn des neuen Berichtsjahres blieben in Behandlung bzw. wurden im letzten Vierteljahre neu aufgenommen: 29 Prostituierte, 23 mit Tripper und 6 mit weichem Schanker.

Prostituierte, die der Aufsicht des Bezirksamts und durch dieses der Sanitätsdienststelle unterstehen, gibt es in Mohoro nicht. Als seinerzeit eine schärfere Beaufsichtigung der sich Prostituierenden durchgeführt werden sollte, verließen die in Betracht kommenden rasch Mohoro, um nach einiger Zeit allmählich und unbemerkt wieder zu erscheinen.

Die Anzahl der Prostituierten betrug in Kilwa im Berichtsjahr: 7.

Davon waren erkrankt:

an Tripper	5
» Syphilis	4
» weichem Schanker	—
» Bubo	—

Die Zahl der Behandlungstage betrug im Hospital 135.

Über die Schwierigkeiten der Prostituiertenkontrolle berichtet Stabsarzt Dr. Wolff in Lindi:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

»Da die Durchführung der Prostituiertenkontrolle mit großen Nachteilen für die sonstige ärztliche Tätigkeit verbunden war, wurde sie im Juni 1908 von mir abgeschafft. Auch waren nach Mitteilung des Bezirksamts vom 13. Januar 1911 eigentliche gewerbsmäßige Prostituierte in Lindi nicht vorhanden.

In einem Bericht vom 1. April 1910 J. Nr. 242 führte ich folgendes aus:

Im Jahre 1907 führte ich in Lindi die Prostituiertenkontrolle ein, und es machte mir fast den Eindruck, als ob die Bevölkerung diese Maßnahme mit Gleichmut hinnähme. Die verhältnismäßig geringen Erfolge bei Impfungen, das scheue Verhalten der Bevölkerung im Innern dem Arzte gegenüber hielt ich für Nachwehen des Aufstandes. Gelegentlich meiner Plantagenbereisungen 1908 jedoch trat die Unbeliebtheit des Arztes, ja die Furcht vor ihm klar zu Tage. Bei meiner Annäherung an ein Dorf wurden die Weiber im Walde versteckt, und auf einer Pflanzung räumten von 430 Arbeitern in der Nacht 400 mit Weib und Kind ihre Hütten und waren am Morgen verschwunden. Durch Nachforschungen, in denen mich die Pflanzungsleiter unterstützten, stellte sich unzweifelhaft heraus, daß der einzige Grund für dieses Verhalten die Prostituiertenkontrolle in Lindi war. Die unglaublichsten Gerüchte gingen über diese Einrichtung unter der sehr mißtrauischen Bevölkerung um, und der Arzt wurde als der Mann verschrieen, der im Lande umherreiste, um Weiber festzunehmen und zur Kontrolle nach Lindi zu schleppen. Daraufhin ließ ich sofort nach meiner Rückkehr, am 4. 6. 1908, durch das Bezirksamt die Kontrolle aufheben.

Wiewohl seitdem das Vertrauen der Bevölkerung zum Arzt im allgemeinen wiedergekehrt ist, wie sich in dem Aufschwung des Krankenhaus- und Poliklinikbetriebes sowie in den besseren Erfolgen der Impfreisen zeigt, ist doch auch heute noch nicht die Kontrolle vergessen. Auf meiner letzten Reise im Dezember 1911 erzählte mir ein Missionar, daß vor meiner Ankunft auf seiner Missionsstation wilde Gerüchte über meine Absichten unter den Eingeborenen umliefen, so besonders wieder, daß ich Weiber aufgreifen und ihnen glühendes Eisen in die Genitalien stecken würde.

Fragt man mich, warum gerade hier die Kontrolle solche Schwierigkeiten machte, daß die ärztliche Tätigkeit dadurch großen Nachteil erleiden mußte, so werden alle Kenner der hiesigen Bevölkerung zugeben, daß sie wohl die rückständigste, europäerscheueste der Kolonie ist. Nur die Wayao machen davon eine Ausnahme.

Meiner Ansicht nach steht der Wert der Prostituiertenkontrolle hier in keinem Verhältnis zu dem Schaden, den sie auf die ärztliche Tätigkeit ausübte. Lindi ist eine Stadt von nur 5—6000 Einwohnern, und eine gewerbsmäßige Prostitution besteht nach Ansicht des Bezirksamts und des Stationsarztes nicht, es handelt sich mehr um Gelegenheitsprostitution.

Eine Kontrolle der Prostituierten fand in Neu-Langenburg regelmäßig einmal wöchentlich statt.

In den Häusern der Suaheli und auch einzelner farbiger Soldaten halten sich jedoch häufig unverheiratete Frauen, Verwandte oder Freundinnen auf, die zur Kontrolle heranzuziehen wenig Anlaß vorliegt, welche aber dennoch nicht allzuselten geschlechtlich erkranken.

Von den im Verlauf des Jahres unter Kontrolle geführten Weibern entzog sich ein Teil durch Aufenthaltswechsel oder rechtmäßige Heirat der Kontrolle. Im ganzen mehren sich die Geschlechtskrankheiten unter den Eingeborenen. Es werden wohl in allen Dörfern mehr oder weniger feile Weiber vorhanden sein, welche, durch zurückkehrende Träger oder Arbeiter angesteckt, die Krankheiten weiterverbreiten. Besonders reichlichen Anlaß mögen dazu die häufigen Pombefeste geben.

Die Gesamtzahl der Prostituierten betrug 30, davon litten an Tripper 10, an weichem Schanker 1, an hartem Schanker und Syphilis 13. Die Zahl der Behandlungstage im Lazarett betrug 641, in der Poliklinik 61.

Bei Beginn des Berichtsjahres befanden sich in Bismarckburg 7 Prostituierte unter Kontrolle. Von diesen schieden im Laufe des

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Jahres 3 durch Verheiratung aus der Kontrolle, 2 entzogen sich derselben durch Verlassen des Ortes, so daß bei Jahresschluß noch 2 unter Kontrolle verblieben.

2 Prostituierte befanden sich noch von vorigem Berichtsjahre mit Tripper in Hospitalbehandlung und gelangten nach je 15 Behandlungstagen als geheilt in Abgang.

Die Prostitution ist im Bezirke Moschi nicht geregelt. Der Grund dafür ist, daß die Prostituierten sich nicht da aufhalten, wo sie untersucht werden können. So sind denn nur gelegentlich Prostituierte hier in Behandlung gekommen, die von infizierten Europäern angezeigt wurden.

Die Anzahl der Prostituierten in Kondoa-Irangi betrug 4, der krank befundenen Prostituierten 1. Sie litt an Tripper und wurde 29 Tage im Hospital behandelt.

Eine Sittenkontrolle und regelmäßige Untersuchung der Prostituierten findet in Morogoro nicht statt, da der Versuch, dieselbe einzuführen, nach Angabe des Bezirksamts zu einer Abwanderung eines Teils der Bevölkerung aus dem Orte Morogoro geführt hat.

Eine regelrechte Untersuchung der Prostituierten findet auch in Kilossa nicht statt, da derartige Weiber nicht vorhanden sind. Liebe gegen Bezahlung bieten nur nach Dodoma und Tabora durchreisende Weiber, die ihres kurzen Aufenthaltes wegen nicht unter Kontrolle gestellt werden können. Leider breiten sich die Geschlechtskrankheiten immer mehr und mehr aus. Für Belehrung über diese Krankheiten und ihre Folgen sind die Eingeborenen jedoch nicht zugänglich.

Eine Organisation und ärztliche und polizeiliche Überwachung der Prostitution ist bisher in Kilimatinde nicht durchgeführt. Es fehlten bisher die Unterlagen dafür, daß ein Bedürfnis dafür vorhanden sei. Gewerbsmäßige Dirnen gibt es kaum, wenigstens nicht, soweit es der Verwaltung und der Sanitätsdienststelle bekannt geworden ist. Daß aber Geschlechtskrankheiten trotzdem verbreitet sind, beweist der starke Zugang an Tripperkranken in der letzten Zeit. Als Verbreiterinnen kommen wahrscheinlich eine oder mehrere verheiratete Frauen in Betracht, deren Auffindung sehr schwierig ist, da die Kranken falsche und ausweichende Antworten geben.

Im Laufe des Jahres sind im ganzen 8 Prostituierte in Iringa eingetragen worden. Ihre Zahl verändert sich durch Fortzug und Verheiratung fortwährend. Namentlich die letzte Methode ist sehr beliebt, um der den Weibern sehr unangenehmen Kontrolle zu entgehen.

Die Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten findet einmal wöchentlich statt. Augenblicklich sind 3 Prostituierte vorhanden.

Es wurden behandelt 2 an Tripper, 1 an Tripper und Syphilis. Die Zahl der Behandlungstage im Hospital beträgt 82.

Die Erkrankten wurden stets bis zur Wiederherstellung im Hospital behandelt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Usumbura besteht eine wöchentlich einmal stattfindende Kontrolle der Prostituierten. Jedes Mädchen hat ein Buch, das sie bei sich zu führen hat. In dieses werden die Vermerke über Kontrolle und Gesundheitszustand eingetragen. In Usumbura gab es durchschnittlich 11 Prostituierte. Von diesen waren im Berichtsjahr an Tripper erkrankt: 2, Behandlungstage im Lazarett 93. An Syphilis: 3, Behandlungstage im Lazarett 184. An weichem Schanker: 1, Behandlungstage im Lazarett 23. Jede geschlechtlich erkrankte Prostituierte wird sofort ins Hospital aufgenommen.

Aus Muansa wird geschrieben:

Eine erfolgreiche Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verlangt in erster Linie eine möglichst alle Prostituierten umfassende Kontrolle. In Muansa waren im Berichtsjahr durchschnittlich 13 Prostituierte monatlich unter Kontrolle. Wie segensreich die wöchentlichen Untersuchungen gewirkt haben, mag folgende kleine Statistik dartun.

Bei den wöchentlichen Untersuchungen wurden folgende Krankheiten gefunden:

Syphilis	15 Fälle (2 Ersterkrankungen, 13 Rückfälle),
Weicher Schanker	5 Fälle,
Bubo	1 Fall,
Tripper	19 Fälle,
	40 Fälle.

Syphilis	295	Behandlungstage,
weicher Schanker	128	» »
Bubo	67	» »
Tripper	362	» »
	952	Behandlungstage.

Im Berichtsjahr wurde in Bukoba, wie Stabsarzt Dr. Neubert berichtet, die obligatorische Prostituiertenuntersuchung eingeführt.

»Ich will gleich im voraus bemerken, berichtet dieser Arzt, daß sich die Einführung dieser Untersuchung nach keiner Seite hin bewährt hat. Es ist nicht nur keine Abnahme der Geschlechtskrankheiten zu bemerken gewesen, sondern ich möchte fast sagen, es ist eine Zunahme zu konstatieren. Jedenfalls herrschen hier Lues und besonders Gonorrhöe unter Europäern wie Farbigen in erschreckendem Maße. Ich schiebe das auf folgendes Moment, das mich auch veranlaßt, die ganze Prostituiertenuntersuchung, so wie sie zurzeit gehandhabt wird, für ziemlich zwecklos zu erklären.

Wenn heute ein Weib, das nachweislich gewerbsmäßig Unzucht treibt, unter Kontrolle gestellt wird, so sucht sie sich — und findet ihn fast immer — morgen einen Mann, der sie vor dem Eingeborenenrichter heiratet. Unter dem Deckmantel einer Ehefrau eines solchen Zuhälters treibt sie dann unbehelligt von jeder Kontrolle ihr Gewerbe weiter. Von den anfänglich 42 Prostituierten wurden also in relativ kurzer Zeit 31 geheiratet und mußten aus der Kontrolle entlassen werden; jetzt stehen noch 11 unter Kontrolle und das sind meist so wenig begehrte Subjekte, daß sie sicher keinen großen Schaden anrichten.

Die reguläre Prostituiertenuntersuchung hat sich also hier in Bukoba wenigstens als eine verfehlte Maßregel erwiesen.

Unter Kontrolle standen im Anfang	42,
Unter Kontrolle stehen jetzt noch	11.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Erkrankt waren:

a.	an Tripper	49,
b.	» weichem Schanker	8,
c.	» Syphilis	5,
d.	» Erosionen am Muttermund	3,
e.	» gonorrhoischem Abszeß der barthol. Drüsen	1.

Zahl der Behandlungstage 3147.

Sämtliche Kranken wurden im Hospital behandelt.«

e. Geisteskrankenfürsorge.

Über die Fürsorge für farbige Geisteskranke berichtet die im Bezirke Wilhelmsthal liegende Station »Litindi« des Evangelischen Afrikavereins, der geisteskranke Eingeborene des Schutzgebiets seitens der Bezirksämter gegen Zahlung eines Verpflegungssatzes überwiesen werden, folgendes:

Die Arbeit an den Geisteskranken hat wieder eine kleine weitere Ausdehnung genommen.

Diese Arbeit steht unter der Leitung eines Europäers. Zur Pflege der Geisteskranken sind 6 Wärter und 2 Wärterinnen angestellt. Es wurden im Berichtsjahr 81 Kranke mit 16 206 Tagen verpflegt. Durchschnittlicher Krankenbestand: 45—50.

Als weitere Aufgabe der Irrenpflege stellte sich die Versorgung der aus dem Irrenhaus als geheilt Entlassenen heraus. In erster Linie bei solchen, die nach der Heilung und Entlassung doch körperlich und geistig schwach geblieben, und die in der Regel nicht in der Lage sind, sich außerhalb der Anstalt selbst unterhalten zu können und die aus diesem Grunde dann lieber hier bleiben. Diese finden dann hier weitere Unterkunft und Beschäftigung, können aber zu jeder Zeit auf ihren Wunsch ihre Entlassung erhalten.

Da ein großer Prozentsatz der Kranken schon in recht schwachem und elendem Zustande hier eingeliefert wird und viele tobsüchtige und gemeingefährliche Kranke vorhanden waren, so wurden an das Pflegepersonal oft große Anforderungen gestellt. Wir konnten die Beobachtung machen, daß die Pfleger mit immer mehr Geschick und Umsicht ihren Pflichten nachkamen.

17. Bevölkerungsstatistik.

a. Akklimatisation der einzelnen Europäer, der Familien und des Nachwuchses.

Stabsarzt Dr. Exner schreibt darüber aus dem Gouvernementskrankenhause Daressalam:

»Die hier geborenen Europäerkinder wurden größtenteils von ihren Müttern gestillt. Sie litten, ebenso wie die schon mehrjährigen, des öfteren an Verdauungsstörungen und Furunkulose, einige auch an Malaria und an fieberhaften Erkrankungen, bei denen keine Malariaerreger im Blut nachgewiesen werden konnten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei den größeren Kindern war bei gelegentlichen Blutuntersuchungen in den meisten Fällen eine Verminderung des Farbstoffgehaltes des Blutes festzustellen.

Über 80% Haemoglobin hatte nur ein kleiner Teil der Kinder.

Wenn, zumal im Küstenklima, eine richtige Anpassung nicht erfolgt, so gedeihen die Kinder bei sorgfältiger Pflege doch in den meisten Fällen ziemlich gut. Immerhin zeigte Aussehen und Ernährungszustand der Kinder bei der Rückkunft von einem Erholungsaufenthalt im Bergland Usambara (Sanatorium Wugiri), wieviel ungünstiger der Aufenthalt im heißen Küstenklima für die Kinder ist als im afrikanischen Höhenklima.«

Beobachtungen über die Entwicklung eines Europäerkindes hat Oberarzt Dr. Schönebeck in Kilwa angestellt. Er schreibt darüber:

»Die Geburt eines Europäerkindes im Orte Kilwa ermöglichte die häufige Beobachtung der Entwicklung. Über die Gewichtszunahmen geben die beigefügten Zahlen einen Überblick. Die Entwicklung ist als günstig anzusehen, wenn in Betracht gezogen wird, daß die Mutter etwa 1 Jahr vor der Geburt durch wiederholte Schwarzwasserfieberanfälle stark entkräftet in Kilwa eintraf. Hier kam es noch einmal zu einem Schwarzwasserfieberanfall. An ihn wurde eine Chiningewöhnungskur und Malariabehandlung angeschlossen. Die in guten Verhältnissen lebende Frau erholte sich, da trat die Schwangerschaft ein. Malaria wurde seither bei ihr nicht mehr beobachtet. Die Entbindung der 24 jährigen Primipara war in 6 Stunden beendet. Das Kind, ein Knabe, wurde in erster Hinterhauptlage geboren. Der Damm war völlig unversehrt geblieben, nur aus zwei 1 cm langen ganz flachen Schleimhautrissen am Scheideneingang gingen etwa 2 Eßlöffel Blut verloren. Die Blutung konnte mühelos durch Wattetamponade gestillt werden. Trotzdem trat ein schwerer Kollapszustand nach der Entfernung der Nachgeburt nach Credé auf, der mit Einwickelungen und Hochlagerung der Beine, Eingießung warmer physiologischer Kochsalzlsöung in den Darm, warmer Bedeckung und Kamphereinspritzungen bekämpft wurde. Der Puls betrug 136 Schläge. Von Ergotin waren 3 Spritzen von je 1 ccm, 2 sofort nach der Geburt des Kindes, 1 nach Entfernung der Nachgeburt gegeben worden.

Der Verlauf des Wochenbetts war fieberfrei.

Milchabsonderung war in den ersten 2 Tagen nicht zu erzielen, am 3. Tage so gering, daß eine gesunde Eingeborene mit einem sehr kräftigen Kinde und reichlicher Milch als Amme angenommen werden mußte. Schon am nächsten Tage indessen konnte die Mutter das Kind selbst stillen.

Bei strenger Bettruhe der Mutter durch 3 Wochen, reichlicher kräftiger Ernährung, auch mit Präparaten wie Haematogen und Sanatogen, gelang es, das Kind in genügender Weise lediglich durch Muttermilch zu ernähren und die Schwäche der Mutter zu beheben.

Der Puls war allmählich auf 84 heruntergegangen, auch die Blutmenge war gestiegen.

Mutter und Kind hatten lange Zeit unter rotem Hund zu leiden, der durch Aufpudern mit Dermatol nach Bestreichen der noch vom Waschen oder Baden feuchten Haut mit einem bei Friseuren gebräuchlichen Alaunstein und nachfolgendem Abtrocknen beseitigt wurde.

Außerdem wurde das Kind im Korb und Wagen auf einem mit luftdurchlässigem Stoff straff bespannten Rahmen ohne Kissen derart gelagert, daß sich noch ein Luftraum unter dem Kinde befand. Die Bedeckung wurde auf eine Windel beschränkt, die nur lose umgelegt wurde. Bauch und Brust waren bloß, beim Ausfahren wurde eine ganz leichte Decke über das Kind gelegt und über Korb und Wagen ständig ein Mückennetz zum Schutz gegen Fliegen und Mücken gespannt.

Eine das Harnlassen behindernde Phimose wurde am 5. Februar durch Operation beseitigt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Gewichtstabelle des Kindes W. M., geb. 21. 11. 1911.

21. 11. 11	3250 g	abzüglich	190 g	Zeug	vor dem	Trinken	
26. 11. 11	3300 »	»	»	»	»	»	»
28. 11. 11	3380 »	»	»	»	»	»	»
1. 12. 11	3795 »	»	»	»	»	»	»
4. 12. 11	3870 »	»	»	»	»	»	»
9. 12. 11	4160 »	»	»	»	»	»	»
17. 12. 11	4420 »	»	»	»	»	»	»
17. 12. 11	4540 »	»	»	»	nach	»	»
24. 12. 11	4900 »	»	»	»	»	»	»
2. 1. 12	5340 »	»	»	»	»	»	»
8. 1. 12	5640 »	»	»	»	»	»	»
13. 1. 12	5680 »	»	»	»	vor	»	»
13. 1. 12	5835 »	»	»	»	nach	»	»
15. 1. 12	5870 »	»	»	»	»	»	»
20. 1. 12	6070 »	»	»	»	»	»	»
21. 1. 12	6000 »	»	»	»	vor	»	»
21. 1. 12	6170 »	»	»	»	nach	»	»
28. 1. 12	6270 »	»	»	»	»	»	»
4. 2. 12	6300 »	»	»	»	vor	»	»
4. 2. 12	6420 »	»	»	»	nach	»	»
11. 2. 12	6500 »	»	»	»	vor	»	»
11. 2. 12	6670 »	»	»	»	nach	»	»
17. 2. 12	6740 »	»	»	»	vor	»	»
17. 2. 12	6850 »	»	»	»	nach	»	»
24. 2. 12	6770 »	»	»	»	vor	»	»
24. 2. 12	6920 »	»	»	»	nach	»	»
4. 3. 12	7000 »	»	»	»	vor	»	»
4. 3. 12	7200 »	»	»	»	nach	»	»
10. 3. 12	7170 »	»	»	»	vor	»	»
10. 3. 12	7270 »	»	»	»	nach	»	»
16. 3. 12	7270 »	»	»	»	vor	»	»
16. 3. 12	7470 »	»	»	»	nach	»	»
30. 3. 12	7540 »	»	»	»	vor	»	»
30. 3. 12	7650 »	»	»	»	nach	»	»
7. 4. 12	7700 »	»	»	»	vor	»	»
7. 4. 12	7820 »	»	»	»	nach	»	»
14. 4. 12	7720 »	»	»	»	vor	»	»
15. 4. 12	7970 »	»	»	»	nach	»	»
24. 4. 12	8050 »	»	»	»	vor	»	»

Hier schließen die Wägungen ab, da das Kind mit seinen Eltern anläßlich des Heimaturlaubes nach Deutschland abreiste.«

Stabsarzt Dr. Greisert berichtet aus Aruscha:

»Die europäische Bevölkerung am Meruberg beträgt jetzt 440 Köpfe; die Besiedelung setzte vor 7 Jahren ein; die letzten Siedler, die Palästina-Deutschen, trafen Ende des Jahres 1910 ein. Seit der Besiedlung sind eine verhältnismäßig große Zahl Kinder hier geboren, im letzten Jahre 22.

Gesundheitsstörungen unter den erwachsenen Europäern, die dem Klima zuzuschreiben sind, sind nicht häufig. Erkrankungen an Grippe und rheumatische Erkrankungen sind zwar keine Seltenheit; sie finden ihre Erklärung in der starken Abkühlung des Nachts und den recht ergiebigen Niederschlägen. Um so seltener ist aber die Malaria; es wurden nur 8 Fälle im Berichtsjahre festgestellt. An Schwarzwasserfieber erkrankten 2 Europäer. Es waren 2 Palästina-Deutsche, die seit einem Jahre in Deutsch-Ostafrika wohnten; beide hatten bereits in Palästina, wo das Vorkommen von Schwarzwasserfieber recht häufig sein soll, vielfach an Malaria gelitten.

Bei einem Deutschen, der im Juli 1911 längere Zeit an einer fieberhaften Krankheit gelitten hatte, trat mehrere Wochen darnach Sehnervenerkrankung

ein; auf dem einen Auge kam es bei Gebrauch von Schwitzkuren zu völliger Wiederherstellung, auf dem anderen blieben Gesichtsfeldbeschränkungen zurück.

Nervöse Störungen der Herztätigkeit wurden bei drei Deutschen beobachtet. Der eine hatte zu seinem Leiden den Grund gelegt während einer dreijährigen Dienstzeit bei der Schutztruppe in Deutsch-Ostafrika, bei den beiden anderen waren sie die Folge von schweren fieberhaften Erkrankungen.

Bei den Kindern der europäischen Familien, sowohl bei den zugezogenen wie bei den hier geborenen, wurden Störungen der Gesundheit und der Entwicklung durch das Klima nicht bemerkt. Nur zweimal wurde bei Kindern von Europäern Malaria festgestellt, es waren Kinder von Palästina-Deutschen am linken Ussaufer. Todesfälle von Kindern unter 10 Jahren kamen nicht vor.«

Oberarzt Dr. Bartels berichtet aus dem Bezirk Kilimatinde:

»Das Klima und die gesundheitlichen Verhältnisse sind im allgemeinen dem Europäer nicht ungünstig. Die 4 im Bezirk ansässigen Pflanzer sind zum Teil schon recht lange hier, einer 12 Jahre ununterbrochen in Afrika, davon die längste Zeit im hiesigen Bezirk. Verheiratet ist nur einer. Sein etwa 4 Jahre alter Sohn lebt jetzt in Deutschland, nach dem er die beiden ersten Lebensjahre hier gut gediehen ist. Außerdem lebt noch ein ungefähr dreijähriges Kind auf der Missionsstation Kitunda, dessen Mutter bei der Entbindung gestorben ist. Auch dieses Kind gedeiht gut.«

Die nachfolgenden Angaben sind Auszüge aus Statistiken, die gemäß der »Vorläufigen Dienstanweisung für Feststellungen über Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Ostafrika« vom 3. März 1910 aufgestellt wurden.

1. Station Mohoro. Oberarzt Dr. Mohn.

Beobachtet wurden 7 Personen (Deutsche), 6 Männer und 1 Frau, im Alter zwischen 20 und 50 Jahren; 2 von diesen 7 Personen waren verheiratet. Eine hielt sich 10 Jahre, eine 8 Jahre, die anderen fünf 2 Jahre und weniger in den Tropen auf. Der Wohnsitz dieser Personen liegt unter 500 m Meereshöhe, die Regenmenge beträgt über 1000 mm. Endemisch herrschen Malaria und Ankylostomiasis. Die Lebenshaltung näherte sich bei allen Personen höherer europäischer. Malariaanfälle hatten diese Personen 20 überstanden (davon eine Person 12, eine andere 4). Chininprophylaxe übten 2 regelmäßig, 2 unregelmäßig, 3 überhaupt nicht; Moskitonetze benutzten alle Personen.

Zwei Personen waren einige Jahre kinderlos verheiratet, der Mann stammt aus einer Familie mit über 6 Kindern, die Frau aus einer Familie mit 3—6 Kindern; die Frau hatte einen Abort erlitten.

2. Station Kilwa. Oberarzt Dr. Schönebeck.

Beobachtet wurden 12 Personen, 7 männliche und 5 weibliche; 1 stand im Alter unter 1 Jahre, 1 war 2 Jahre alt, 10 standen zwischen 20—50 Jahren. In den Tropen befanden sich 4 Personen bis zu 2 Jahren, 5 zwischen 2-4 Jahren, 3 zwischen 5—10 Jahren. Der Wohnsitz lag bei 11 Personen unter 500 m Meereshöhe, bei einer Person zwischen 500—1000. Die Regenmenge der Wohnorte betrug 500 bis 1000 mm. Endemisch herrscht Malaria, Rückfallfieber und Wurmkrankheit. Die Lebenshaltung näherte sich bei 10 Personen höherer, bei 2 Personen niederer europäischer.

Die 12 Personen hatten insgesamt 42 Malariaanfälle überstanden, davon 1 Person über 30, 2 = 3 Anfälle, 1 = 1 Anfall; ferner 10 Schwarzwasserfieber, davon 1 Person 6 mal, 1 = 3 mal. 1 Person betrieb regelmäßig Chininprophylaxe, 7 nur zeitweise, 4 überhaupt nicht, während alle Personen Moskitoschutz an Bett, Fenstern und Türen hatten.

3. Station Iringa. Stabsarzt Dr. Radloff.

Aufzeichnungen liegen vor bei 10 Deutschen, 6 männlichen und 4 weiblichen; 1 stand im Alter von 1 Jahre, 1 war $2^1/_2$ Jahre alt, die übrigen 20—50 Jahre.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In den Tropen befanden sich 2 Personen 2 Jahre lang, 5 Personen 3 bis 10 Jahre, je 1 Person 11, 15, 18 Jahre. Der Wohnsitz lag bei allen 1450 m hoch, die Regenmenge betrug 500—1000 mm, die Lebenshaltung näherte sich höherer europäischer. Nur 1 Malariaanfall war unter den 10 Personen vorgekommen, Chininprophylaxe wird nicht betrieben, ebensowenig Moskitoschutz an Bett, Fenstern und Türen.

Von den verheirateten 3 Männern und 3 Frauen waren 1 Paar 1 Jahr, 1 Paar $3^1/_2$ Jahre und das 3. Paar $6^1/_2$ Jahre verheiratet. Ein Gatte stammte aus einer Familie mit 2 Kindern, 4 aus Familien mit 4—6Kindern, ein Gatte aus einer Familie mit 8 Kindern. Die $6^1/_2$ Jahre verheiratete Frau hatte dreimal abortiert. Das $3^1/_2$ Jahre verheiratete Paar hatte 2 Kinder im Alter von $2^1/_2$ Jahren (Knabe) und 1 Jahre (Mädchen).

Die beiden in den 10 Personen mitgerechneten Kinder, 1 Knabe und 1 Mädchen, hielten sich $2^1/_2$ bzw. 1 Jahr in den Tropen auf; ihr Körperbau war kräftig, der Ernährungszustand gut, die Gesichtsfarbe von gesunder Rötung, das Temperament lebhaft.

Der Knabe, $2^1/_2$ Jahre alt, hatte eine Körperlänge von 93 cm, Brustumfang von 59 cm und ein Körpergewicht von 17,5 kg. Bei dem Mädchen betrug die Körperlänge 73,5 cm und das Körpergewicht 11 kg.

Ärztlicher Bericht über die Europäerkinderschule in Daressalam.

Berichterstatter: Stabsarzt Dr. Exner.

Wegen der dem alten Schullokal anhaftenden Mängel, fand während des Berichtsjahres im Dezember 1911 die Verlegung der Europäerschule von dem in der Straße »Unter den Akazien« gelegenen Hause des Bäckermeisters Henschke nach einem Neubau in der Bismarckstraße statt.

Beim Plan dieses Hauses konnte von vornherein seine Verwendung als Schule berücksichtigt werden, da es für diesen Zweck von dem Erbauer für eine Anzahl von Jahren gemietet wurde.

Im Erdgeschoß befinden sich zwei große Klassenzimmer und ein kleines Zimmer, das zur Aufbewahrung der Lehrmittel dient.

Der Oberstock dient als Lehrerwohnung.

In der Nähe ist ein Turn- und Spielplatz eingerichtet, der von Mangobäumen beschattet ist. Es wurden verschiedene Turn- und Spielgeräte angeschafft.

Die Zahl der Kinder hatte bei Beginn des Jahres 15 betragen. Im ganzen traten neu 22 Kinder ein, 5 reisten nach Deutschland. Am Ende des Jahres betrug die Zahl der Schüler 32. Diese standen im Alter von 5—13 Jahren.

Der Nationalität nach waren unter den Kindern 18 Deutsche, 3 Griechen und 11 Syrer.

Mit Rücksicht auf die zunehmende Schülerzahl wurde im August 1911 noch eine Lehrerin angestellt, so daß nun zwei Klassen eingerichtet werden konnten.

Die Stundenzahl betrug in der Oberklasse 32, in der Unterklasse 23. Längere Unterbrechungen des Schulbesuchs sind nicht vorgekommen.

Der Gesundheitszustand der Kinder war gut.

Das Ergebnis einer im März 1912 vorgenommenen Untersuchung der Kinder veranschaulicht die nebenstehende Tabelle.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ärztliche Untersuchung der Schulkinder am 5. und 6. März 1912.

Name	Alter Jahr	Alter Monat	Geschlecht	Nationalität *)	In Afrika Jahr	In Afrika Monat	In der Schule Jahr	In der Schule Monat	Gesichtsfarbe	Ernährungszustand	Körperlänge m	Körperlänge cm	Körpergewicht kg	Brustumfang cm	Haemoglobingehalt %	Parasiten im Blut	Bemerkungen
D. ..	12	3	♂	S	.	.	.	9	etwas blaß	gut	1	40,5	33	65/70	85	keine	
R. ..	11	1/2	♂	D	.	.	2	.	» »	»	1	39,5	32,5	65/68	85	»	
E....	10	3 1/2	♂	S	.	.	.	9	» »	»	1	29	29	62/66	90	»	Körperlänge unter Durchschnitt
H. ..	10	.	♂	D	.	.	1	6	» »	»	1	31,5	28,5	63/68	80	»	
G....	9	7	♂	D	7	.	3	9	» »	»	1	32	28	60/65	80	»	
H.1 ..	9	5	♂	D	.	.	2	.	» »	»	1	34	31	63/70	78	»	
G.1 ..	9	2	♂	S	.	.	2	.	blaß	leidlich	1	25,5	26	61/64,5	78	»	Körperlänge unter Durchschnitt
E.1 ..	8	4	♂	D	.	.	1	9	etwas blaß	gut	1	27	26	58/64	80	»	
F....	8	4	♂	D	.	.	3	.	blaß	»	1	17	19	52/57	80	»	
O....	7	9	♂	D	.	.	1	6	frisch	»	1	29	21	54/60	80	»	
S. ...	7	.	♂	S	.	.	1	.	»	»	1	21	23	59/64	80	»	
H.2 ..	6	5	♂	D	.	.	.	2	gesund	»	1	12	21	55,5/58	77	»	
W. ..	5	11	♂	D	.	.	1	7	»	»	1	24,5	24,5	60/64,5	85	»	
H.3 ..	5	9	♂	D	.	.	.	2	blaß	»	1	14	19	56/60,5	80	»	
A....	5	.	♂	S	.	.	.	.	gesund	»	1	03	15	49/54	75	»	
S.1 ..	13	11 1/2	♀	S	.	6	.	6	»	»	1	45	45,5	71/75	90	»	
H.4 ..	11	10	♀	D	5	.	.	6	»	»	1	46	36,5	69/74	85	»	
A.1 ..	11	7 1/2	♀	G	11	7 1/2	6	.	»	»	1	49	48,5	79/84	80	»	
M. ..	11	1	♀	S	2	.	5	.	etwas blaß	»	1	43	38,5	67/70	85	»	
E.2 ..	11	.	♀	D	11	.	5	.	frisch	»	1	47	31,5	62/66,5	80	»	
A.2 ..	11	.	♀	G	10	.	4	9	gesund	»	1	35	50,5	81/86	85	»	
L....	10	1	♀	G	1	6	1	6	»	»	1	27	31,5	60/65	85	»	
G.1 ..	9	7 1/2	♀	D	.	6	.	6	»	»	1	32,5	31,5	62/68	80	»	
I. ...	7	10	♀	D	2	6	2	6	»	»	1	27,5	25,5	58/62	83	»	
E.3 ..	7	6	♀	D	6	.	1	6	etwas blaß	»	1	26	30	60/64	80	»	
W.1 .	7	4	♀	S	7	.	.	8	gesund	»	1	20	23	59/63	82	»	
A.3 ..	7	4	♀	S	7	.	1	6	blaß	»	1	23,5	21,5	55/61	79	»	
A.4 ..	7	1/2	♀	D	7	.	1	.	gesund	»	1	16,5	20	54/59	80	»	
J.1 ..	6	11	♀	D	1	3	1	.	»	»	1	17,5	21	55/59	80	»	
A.5 ..	6	.	♀	D	5	.	.	8	»	»	1	20	27	58/63	90	»	
B....	6	.	♀	S	.	6	.	3	etwas blaß	»	1	04,5	20	51/54	79	»	

*) D = Deutscher. S = Syrer. G = Grieche.

Bei Zugrundelegung einer Tabelle, die von Kotelmann nach Beobachtung der körperlichen Entwicklung der Schüler einer höheren Hamburger Schule gewonnen ist und folgende Zahlen angibt:

Alter	Körperlänge	Brustumfang	Körpergewicht
6 Jahre	105 cm		
9 »	128,6 »	60,7 cm	25,5 kg
10 »	130,7 »	62,5 »	26,9 »
11 »	136,0 »	63,9 »	29,2 »
12 »	139,6 »	65,8 »	32,2 »
13 »	143,1 »	67,1 »	34,0 »
14 »	148,9 »	71,7 »	39,0 »

zeigen die meisten deutschen Kinder bezüglich Körperlänge, Brustumfang und Körpergewicht höhere als die Durchschnittszahlen. Ungünstigere Zahlen geben zum Teil die Syrerkinder.

Der Blutfarbstoffgehalt ist bei den meisten Kindern etwas vermindert, jedoch in keinem Falle hochgradig.

Malariaparasiten wurden bei keinem der Kinder gefunden.

b. Familien- (Nachwuchs-) Statistik der Eingeborenen.

Stabsarzt Dr. Wolff berichtet aus Lindi:

Die Vermehrung der Küstenbevölkerung ist äußerst gering. Nur bei dieser habe ich vorläufig genaue Erhebungen anstellen können. Diese Bevölkerung setzt sich zusammen aus allen Stämmen des Hinterlandes. Wasuaheli sind hier nur einige wenige anzutreffen, wenn sich auch jeder Mayo, Mwera, Makua und Makonde, der sich an der Küste ansässig gemacht hat, Wasuaheli nennt. Auf genaues Befragen bleiben kaum ein Dutzend reine Msuaheli in Lindi übrig. Die Küstenbevölkerung ist also anders geartet wie z. B. in Tanga, Daressalam.

Es wurden Feststellungen gemacht bei 410 erwachsenen Frauen jeden Alters. Von diesen hatten 91 = 22,2% überhaupt nicht geboren. Einmal geboren hatten 116, einmal abortiert 7. Zweimal geboren hatten 45, zweimal abortiert 3, und einmal geboren und einmal abortiert 3. Dreimal geboren hatten 16 Frauen, einmal geboren und zweimal abortiert 2, und zweimal geboren und einmal abortiert 2. Viermal geboren hatten 7, dreimal geboren und einmal abortiert 1 Frau. Fünfmal geboren hatten 2 Frauen, sechsmal eine Frau und dreimal abortiert ebenfalls eine.

Die 410 befragten Frauen hatten darnach 26 Aborte und 313 Geburten, d. h. auf eine Frau kommen 0,8 Geburten. Vergleicht man diese Ziffern mit denen von Peiper (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1910 S. 233) gefundenen, der Frauen im Innern des benachbarten Kilwabezirks explorierte, so ergibt sich ein gewaltiges Defizit für die Küstenleute. Peiper fand bei 472 Frauen 974 Geburten, so daß auf eine Frau 2,1 Geburten kommen.

Vielfach wird angenommen, daß bei den Negern, besonders bei den Küstenleuten, viele Aborte vorkommen und auch künstlich vorgenommen werden. Ich habe trotz eines sechsjährigen Aufenthaltes in Lindi darüber nichts genaues erfahren können. Wohl werden öfters den eingeborenen Ärzten Rinden oder Holzstückchen abgenommen, mit denen sie angeblich Abtreibekuren vorgenommen haben. Wirklich durch diese Mittel hervorgerufene Aborte habe ich noch nicht in Erfahrung bringen können, bisher drehten sich alle hier ärztlicherseits verfolgten Prozesse und Anklagen nur um den angeblichen Versuch. Daß sie mechanisch Aborte herbeizuführen suchen, bestreiten die Eingeborenen entschieden. Dies widerspricht auch der ängstlichen Natur des Negers, der alles fürchtet, was einem operativen Eingriff an seinem Körper ähnelt. Die von Peiper und von mir gefundenen Ziffern für Aborte 10,2 bzw. 6,3 auf 100 erwachsene Frauen erscheinen nicht auffallend hoch. Die Krankheiten, von denen fast jeder Neger hier in seinem Leben befallen wird, Malaria und Wurmkrankheit, erklären die Aborte zur Genüge. Auch Syphilis ist verbreitet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von den 313 Geburten waren 195 lebende Kinder vorhanden; es hatten also sämtliche 410 Frauen nur 195 lebende Kinder, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß eine große Zahl der Frauen noch in gebärfähigem Alter war. Gestorben waren 118 Kinder, und zwar 87 vor Erreichung des 1. Lebensjahres und 31 später. Als Säuglinge starben also 27,8% aller Kinder. Als Todesursachen wurden angegeben Fieber, Darmkatarrh und Pocken.

Die Höchstzahl der lebenden Kinder einer Mutter betrug 4 in 4 Fällen.

Sucht man nach den Ursachen der geringen Kinderzahl bei diesen Küstenleuten im Vergleich zu den Negern im Innern, so darf man wohl die eigentlichen Tropenkrankheiten, wie Malaria, Rückfallfieber, Bilharzia und Ankylostomiasis, nicht anführen, da diese im Innern mindestens dieselbe Verbreitung haben wie an der Küste. Vor allem liegt die Kinderbeschränkung wohl daran, daß eine ordentliche Ehe bei den Küstennegern selten vorkommt. Ganz junge Kinder werden geheiratet, oft vor dem Auftreten der ersten Menses, fortwährend heiratet eine Frau einen anderen oder lebt kurze Zeit bei diesem und bald bei jenem. Scheidungen finden sehr häufig statt. Dazu kommt, daß die Verbreitung von Syphilis und Gonorrhöe an der Küste sehr bedeutend ist, während im Innern des noch wenig berührten Bezirks Geschlechtskrankheiten sehr selten sind. Die Leute im Innern wissen das auch und bringen ihre Frauen nicht mit zur Küste, wenn sie selbst einmal dort hinreisen müssen. Die Wamwera haben mir gesagt, sie fürchteten, daß ihre Weiber in Lindi untreu und geschlechtskrank würden, deshalb nähmen sie diese nicht mit. Im Gegensatz zu den laxen Ehebegriffen des Küstennegers herrschen bei den Stämmen des inneren Lindibezirks sehr strenge Auffassungen von der ehelichen Treue. Das verhindert allerdings nicht, die uns recht unmoralisch erscheinende Gepflogenheit der Wamakua, daß sie durchreisenden Freunden ihre Frau übergeben.

Aus dem Bezirke Neu-Langenburg schreibt Stabsarzt Geisler:

»Der Versuch, eine Familienstatistik zu erheben, stieß auf folgende Schwierigkeiten:

1. Infolge des verschiedenen Dialektes auf Schwierigkeiten in der Verständigung und der richtigen Auffassung der gestellten Fragen.
2. Auf das Mißtrauen der Eingeborenen, was wohl der Europäer mit solchen Fragen bezwecke.
3. Auf der Scheu, das geschlechtliche Gebiet berührende Dinge vor Fremden zu erörtern.
4. Auf der bekannten Unwahrhaftigkeit der Eingeborenen.

Es war auch niemals möglich, sämtliche Leute eines Dorfes zu versammeln oder vollständige Auskunft über Abwesende zu erhalten. Bei den einzelnen Fragen hatte ich den Eindruck, daß das, was die ersten Befragten aussagten, fast wörtlich von den nächsten wiederholt wurde, oder daß absichtlich gänzlich falsche Angaben gemacht wurden. So gab z. B. eine Frau, deren Alter ich höchstens 35 Jahre schätzte, an, daß ihr 20 Kinder gleich nach der Geburt gestorben und nur eins am Leben geblieben sei.

Mehrere Male habe ich Zwillinge, beide gleich kräftig entwickelt, zu sehen bekommen.

Das Resultat einer Befragung ergab einmal:

Bei 217 Frauen 54 Aborte, 270 unter 1 Jahr gestorbene, 352 ältere gestorbene und 324 lebende Kinder.

Nach vorstehenden Ausführungen kann dieses Ergebnis in keiner Weise Anspruch auf Richtigkeit machen.«

Oberarzt Dr. Petzold schreibt aus Muansa:

»Die folgende Nachwuchsstatistik ist in der Landschaft Guta am Spekegolf (Dorf des Manangwa Manjare) aufgenommen worden und umfaßt die Angaben von 131 Weibern, die Anspruch auf Richtigkeit machen können, da sie unter der Kontrolle des seit Jahren dort ansässigen Manangwa Manjare ermittelt worden sind. Die Bevölkerung in Guta ist gemischt: Wassukuma, Wajita, Waruri, Wasanaki, Washashi.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Ergebnisse meiner Ermittelungen waren folgende:

131 Weiber haben 279 Kinder zur Welt gebracht, 143 Knaben und 136 Mädchen. Jedes Weib hat demnach durchschnittlich 2,1 Kind geboren. Berücksichtigt worden sind alle Weiber, die die Geburtsreife (Menstruation) erreicht hatten.

Im Säuglingsalter sind gestorben 16:

an Fieber	8	= 2,86 %,
» akutem Darmkatarrh	3	= 1,07 »
» Lungenentzündung	3	= 1,07 »
» Pocken	2	= 0,71 ».

Im späteren Alter (2—14 Jahren) sind gestorben 16:

an unbekannter Ursache	6	= 2,15 %,
» Unglücksfällen (2 Schädelbrüche, 1 Halswirbelbruch)	3	= 1,07 »
» Pocken	3	= 1,07 »
» Schlangenbissen	2	= 0,71 »
» akutem Darmkatarrh	1	= 0,35 »
erschlagen vom Feinde	1	= 0,35 »
Gesamtzahl	16	= 5,70 %.

Insgesamt sind also gestorben 32(13 Knaben, 19 Mädchen) = 11,46 %.

Familien- (Nachwuchs-)

Lfde. Nr.	Sanitätsdienststellen	Stamm	Frauen unter 45 Jahre	Aborte	Verstorbene Kinder unter 1 Jahr m.	w.	Summe	über 1 Jahr m.	w.	Summe
1	Oberarzt Dr. Schönebeck (Kilwa)	Wamatumbi, Wangindo, Wayao	62, Alter 24 Jahre	9	?	?	9	?	?	21
2	Derselbe	Desgl.	21, Alter unbekannt, da †	5	—	—	—	?	?	14
3	Stabsarzt Dr. Schumacher (Mahenge)	Wapogoro	218, Alter 26 Jahre	69	?	?	270	?	?	33
4	Mission Kwiro bei Mahenge	Desgl.	59, Alter 17 Jahre	16	?	?	20	?	?	1
5	Sanitätsunteroffizier (Ssongea)	Wangoni	45, Alter 23 Jahre	40	10	15	25	5	2	7
6	Stabsarzt Dr. Penschke (Usumbura)	Warundi, Wawira	21. Alter 31 Jahre	13	12	15	27	6	2	8
7	Stabsarzt Dr. Neubert (Bukoba)	Waiambo	15, Alter 38 Jahre	2	?	?	13	?	?	8
			441	154	.	.	364	.	.	92

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Fieber. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden; ich glaube, daß es sich in den meisten Fällen um Malaria gehandelt haben wird.

Das Alter der Weiber konnte nur schätzungsweise ermittelt werden; es betrug im Durchschnitt 30,53 Jahre.

Die Höchstzahl der Geburten bei einer Frau betrug 8. 13 Weiber befanden sich in der Schwangerschaft; 17 hatten nicht geboren, darunter 10 unter 14 bis 18 Jahren, die wohl noch gebären werden. Eine Ursache für die Sterilität bei den 7 älteren Weibern konnte nicht gefunden werden. 1 Fehlgeburt aus unbekannter Ursache.

Sitten und Gebräuche nach der Geburt bei den Wassukuma:

Die Frau, die geboren hat, bleibt mit dem Kinde 7 Tage in der Hütte. Am 8. Tage kommt der Mann, um einmal den Beischlaf auszuüben; jetzt erst darf die Frau ihre Hütte verlassen. Ungefähr nach 6 Monaten schlafen die beiden Eheleute wieder dauernd zusammen.

Im 8.—9. Jahre wird das Mädchen dem Manne zugeführt. Die Periode stellt sich etwa im 10.—12. Jahre ein, meist soll bald darauf Schwangerschaft eintreten. Schwangerschaft schätzt der Msukuma sehr, Mittel dagegen kennt und gebraucht er nicht.«

Statistik der Eingeborenen.

Lebende Kinder			Frauen über 45 Jahre	Aborte	Verstorbene Kinder unter 1 Jahr			über 1 Jahr			Lebende Kinder			Todesursachen
m.	w.	Summe			m.	w.	Summe	m.	w.	Summe	m.	w.	Summe	
18	12	30	42, Alter 41 Jahre	5	—	—	—	16	11	27	16	29	45	Darmkatarrh, Malaria, Framboesie, Lebensschwäche.
17	12	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
?	?	285	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Darmkatarrh, Malaria, Pocken, Framboesie, Erkältungen.
?	?	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Darmkatarrh, Fieber, Erkältungskrankheiten.
29	26	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Durchfälle.
20	14	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Darmkatarrh, Fieber, Schlafkrankheit.
?	?	11	23, Alter 53 Jahre	5	?	?	35	?	?	2	?	?	29	Syphilis, Dysenterie, Pocken.
·	·	479	65	10	·	·	35	·	·	29	·	·	74	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zu den laufenden Nummern der vorstehenden Statistik ist noch folgendes zu bemerken:

Zu Nr. 1 und 2. Es wurden außerdem noch gezählt: 19 Frauen unter 45 Jahren, die noch nicht geboren hatten, desgleichen 14 Frauen über 45 Jahre. 2 Frauen waren schwanger.

Zu Nr. 3. In die Statistik nicht aufgenommen sind 9 Frauen, die überhaupt noch nicht geboren hatten, sowie 14 zum ersten Male geschwängerte.

Zu Nr. 4. Außerdem noch 4 Frauen, die noch nie geboren hatten.

Zu Nr. 7. Die Todesursachen der Kinder konnten, wie Stabsarzt Dr. Neubert bemerkt, nur selten einwandfrei festgestellt werden; die Zahl der Aborte scheint etwas niedrig zu sein im Verhältnis zur stark verbreiteten Syphilis.

Es resultiert aus der Statistik ein lebender Nachwuchs von 40 %. Diese Zahl deckt sich ungefähr mit den aus der einfachen Zählung in einigen Ortschaften Buddus und des Postens Kifumbiro erhaltenen Zahl von 44,5 % und 45,3 % lebenden Nachwuchses.

Im ganzen Bezirk wird durchschnittlich mit einem Nachwuchs von 50 % zu rechnen sein; ich glaube, daß diese Zahl eher zu hoch als zu niedrig gegriffen ist. Genauere Resultate konnten mangels jeder Unterlage nicht gewonnen werden; definitive Ergebnisse können erst durch spätere systematische Erkundigungen und Zählungen erreicht werden.

Eine Zusammenfassung der Statistik ergibt folgendes Bild:

441 Frauen unter 45 Jahre hatten bei 154 Aborten insgesamt 935 lebende Kinder geboren, durchschnittlich jede Frau 2 Kinder. Im Durchschnitt ist jedes zweite Kind gestorben. $^4/_5$ der verstorbenen Kinder starben schon innerhalb des ersten Lebensjahres.

65 Frauen über 45 Jahre hatten bei 10 Aborten insgesamt 138 lebende Kinder geboren, durchschnittlich jede Frau 2 Kinder. Auch hier starb fast jedes zweite Kind. Etwas mehr als die Hälfte der Toten fällt innerhalb des ersten Lebensjahres.

c. Nachweisung der geisteskranken Europäer des Schutzgebiets im Berichtsjahr 1911/12.

Anlage 13.

d. Nachweisung der im Berichtsjahr 1911/12 geborenen und verstorbenen Europäerkinder.

Anlage 14.

e. Nachweisung der im Berichtsjahr 1911/12 im Schutzgebiete verstorbenen Europäer.

Anlage 15.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

III. Krankendienst.

18. Krankenbewegung.

	Für das Jahr 1910/11		Für das Berichtsjahr 1911/12	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
a. Zugang.				
Durchschnittliche Iststärke	4 227	7 785 492	4 866	7 510 733
Bestand	71	1 246	59	1 648
Zugang	3 787	42 508	4 354	50 285
Behandlungstage	38 270	647 226	30 852	654 135
Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	90,00	0,55	89,48	0,67
b. Abgang.				
Geheilt	2 802	35 627	3 456	44 715
Gestorben	43	1 237	37	1 203
Anderweitig	959	5 554	742	4 195
Bestand bleiben	54	1 336	178	1 820

19. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten.

1. Gouvernements-Krankenhaus Daressalam.

Berichterstatter: Stabsarzt Dr. Exner.

Im Krankenhaus Daressalam wurden im Berichtsjahr 1911/12 einschließlich von 13 aus dem Vorjahr in Bestand gebliebenen Kranken 654 Kranke behandelt. Anlage 3.

Von diesen waren 602 Europäer und 52 Goanesen bzw. Leute asiatischer Abstammung.

609 waren männlichen, 45 weiblichen Geschlechts.

Es entfallen auf:

Schutztruppenangehörige	51,
Beamte	122,
Privatleute	467,
Angehörige der Marine	14,
Summe	654.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April	63,	Übertrag	359,
Mai	73,	Oktober	37,
Juni	75,	November	37,
Juli	59,	Dezember	38,
August	46,	Januar	65,
September	43,	Februar	43,
Seite	359,	März	62,
		Summe	641.

Geheilt bzw. dienstfähig wurden entlassen	610,
anderweitig	10,
gestorben	16,
in Bestand bleiben	18,
Summe	654.

Die Zahl der Behandlungstage betrug 5 653, die Durchschnittsdauer der Krankenbehandlung somit 8,5 Tage, die durchschnittliche tägliche Behandlungsziffer 15,4.

Ferner suchten poliklinische Hilfe auf bzw. wurden in ihrer Wohnung behandelt einschließlich 14 noch zu Beginn des Berichtsjahrs in Behandlung stehender Kranken 1 449 Personen. Davon waren 1 229 männlich und 220 weiblich, 1 365 Europäer und 84 Goanesen.

Dieselben verteilen sich folgendermaßen:

Schutztruppenangehörige	95,
Beamte	397,
Privatleute	957,
Summe	1 449.

Davon wurden geheilt bzw. dienstfähig	1 356,
anderweitig	59,
gestorben	0,
Bestand blieben	34,
Summe	1 449.

Die Gesamtsumme der im Krankenhaus und in der Poliklinik behandelten Kranken beträgt 2 103.

Von diesen waren 1 967 Europäer und 136 Farbige.

2. Gouvernements-Krankenhaus Tanga.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Lott.

A. Europäer.

Anlage 4.

Bestand waren 16 Kranke, in Zugang kamen 388; im ganzen wurden 404 Personen behandelt, und zwar 380 Europäer und 24 Farbige.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Davon waren:

Privatleute	361,
Beamte	38,
Schutztruppenangehörige	4,
Angehörige der Marine	1.

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April	33,	Übertrag	193,
Mai	34,	Oktober	33,
Juni	38,	November	31,
Juli	34,	Dezember	25,
August	28,	Januar	44,
September	26,	Februar	23,
Seite	193,	März	39,
		Summe	388.

Es wurden geheilt entlassen	262,
es wurden anderweitig entlassen	112,
es starben	13,
im Bestand blieben	17,
Summe	404.

Die Zahl der Behandlungstage betrug 3 933, die tägliche Belegungsziffer somit im Durchschnitt 10,7, die Durchschnittsbehandlungsdauer 9,7 Tage.

Ferner wurden poliklinisch bzw. in ihrer Wohnung behandelt 779 Europäer und 105 Goanesen; davon waren 810 Privatleute und 74 Beamte.

Es wurden geheilt entlassen	335,
es wurden anderweitig entlassen	543,
es starb	1,
es blieben im Bestand	5,
Summe	884.

B. Farbige.

Im Bestand waren 201 Kranke, 144 im Hospital und 57 in der Poliklinik; in Zugang kamen 8 269 Kranke, von denen 1 732 auf das Hospital und 6 537 auf die Poliklinik entfallen. Im ganzen wurden 8 470 Personen behandelt.

Die Zugänge verteilen sich auf die einzelnen Monate folgendermaßen:

April	528,	Übertrag	4 348,
Mai	811,	Oktober	759,
Juni	716,	November	678,
Juli	728,	Dezember	632,
August	714,	Januar	646,
September	849,	Februar	570,
Seite	4 348,	März	636,
		Summe	8 269.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Es wurden geheilt entlassen	7 565,
es wurden anderweitig entlassen	529,
es starben	164,
es blieben im Bestand	212,
Summe	8 470.

Die Zahl der Behandlungstage im Krankenhause betrug 64 290, die tägliche Belegungsziffer somit im Durchschnitt 176, die durchschnittliche Behandlungsdauer 34 Tage. (Siehe auch Anlage 8.)

3. Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam.

Berichterstatter: Stabsarzt Dr. Feldmann.

Die farbige Bevölkerung der Stadt Daressalam setzt sich folgendermaßen zusammen:

I. Neger:

Wassaramo und Wandengereko	20 334,
Sudanesen	162,
Komorenser	93,
Somali	4.

II. Andere Farbige:

Inder	1 495,
Banianen	765,
Araber	135,
Abessinier	12.

Die farbige Bevölkerung des Bezirks beträgt 178 000 Köpfe.

Bei einem Bestande von 63 Kranken kamen im Sewa-Hadji-Hospital in der Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912 seitens der farbigen Bevölkerung 5 863 Kranke in Zugang; hierzu kamen bei einem Bestande von 34 Kranken 933 Farbige der Schutztruppe, so daß insgesamt 6 893 Farbige im Sewa-Hadji-Hospital behandelt wurden.

Im Hospital wurden im Berichtsjahre 818 Zivilpersonen, einschließlich Polizeiaskari, mit 20 848 Behandlungstagen — durchschnittlich 23 Behandlungstage — ärztlich behandelt. Außerdem fanden noch 289 Farbige der Schutztruppe mit 4 550 Behandlungstagen im Sewa-Hadji-Hospital Aufnahme, so daß zusammen 1 107 Farbige klinisch behandelt wurden.

In der Poliklinik fanden 5 045 Zivilpersonen, einschließlich Polizeiaskari, mit 51 050 Behandlungstagen ärztliche Beratung; ferner wurden 644 Farbige der Schutztruppe poliklinisch bzw. im Revier behandelt. Durchschnittlich befanden sich täglich rund 191 farbige Zivilpersonen in ärztlicher Behandlung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nachstehende Übersicht gibt Auskunft über die Krankenbewegung der im Sewa-Hadji-Hospital insgesamt behandelten Farbigen.

	Zivilpersonen	Schutztruppe	Summe
Bestand waren	63	34	97
Zugang	5 863	933	6 796
Davon ins Krankenhaus	818	289	1 107
Davon in die Poliklinik	5 045	644	5 689
Abgang	5 827	942	6 706
Davon geheilt	5 459	926	6 385
Gestorben	75	7	82
Anderweitig	293	9	239
Bestand bleiben	99	25	124

20. Kasuistik.

1. Malaria und Schwarzwasserfieber.

Über Malariaerkrankungen, die von schweren Störungen des Bewußtseins begleitet waren, berichtet Stabsarzt Dr. Exner, der Leiter des Gouvernementskrankenhauses Daressalam:

»Ein Mann wurde von einer Pflanzung in vollkommen bewußtlosem Zustande mit Fieber von 38,7° ins Krankenhaus gebracht. Er war sehr unruhig, der Stuhl ging unwillkürlich ab. Im Blut, dessen Hämoglobingehalt 62% betrug, fanden sich massenhaft Tropicaparasiten verschiedenen Alters. Er erhielt sofort eine Chinineinspritzung von 0,5. Es traten noch 2 Fieberanfälle bis 40° auf. Der Blutfarbstoffgehalt sank bis auf 39%. Der Urin enthielt etwas Eiweiß und Gallenfarbstoff. Die Chininmengen wurden deshalb über den Tag verteilt (3 mal 0,15) und gesteigert bis 2 mal 0,5. Das Bewußtsein kehrte nach einigen Tagen allmählich wieder, der Kranke blieb fieberfrei, erholte sich dann schnell und konnte am 12. Behandlungstag entlassen werden. Der Blutfarbstoffgehalt war wieder auf 60% gestiegen.

Ein Plantagenassistent, bei dem Malaria tropica und quartana festgestellt worden war, kehrte nach dreitägiger Krankenhausbehandlung, nachdem er 3 mal 1 g Chinin erhalten hatte, auf seine Pflanzung zurück. Die verordnete Nachkur führte er ganz unregelmäßig und mit ungenügenden täglichen Mengen weiter. 16 Tage später wurde er in bewußtlosem Zustande mit der Bahn nach Daressalam geschafft. Er war am gleichen Tage um 8 Uhr morgens während eines Ganges auf der Pflanzung umgefallen und bewußtlos geblieben. Nach dem Transport, bei der Ankunft im Krankenhause, betrug das Fieber 39,3°. Er erhielt, da die Diagnose durch die kurz vorhergegangene Malariaerkrankung gesichert schien, alsbald kurz nacheinander 2 Einspritzungen von Chinin 0,5. Flüssigkeit wurde durch den Darm verabfolgt, der Kopf durch einen Eisbeutel gekühlt. Den nächsten Tag, währenddessen 3 Einspritzungen von je 0,5 Chinin gemacht wurden, blieb das Fieber bis nachmittags hoch (auf 39,0), war um 8 Uhr noch 38,6 und fiel dann während der Nacht auf 36,5, um von da an fortzubleiben. Malariaparasiten waren im Blut nicht mehr zu finden. Es wurde noch 2 Tage lang Chinin 2 mal 0,5 eingespritzt und dann innerlich in Dosen von je 0,25 gegeben. Den Tag nach seiner Ankunft war der Kranke noch völlig bewußtlos, am 3. Tage nahm er zuerst etwas Flüssigkeit zu sich.

In den folgenden Tagen war der Kranke noch sehr unruhig und teilweise benommen und versuchte nachts und gegen Morgen von Wahnvorstellungen, die in das sexuelle Gebiet hinüberspielten, getrieben, das Krankenhaus zu verlassen. Indessen trat in kurzer Zeit völlige Wiederherstellung ein.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zwei Malariaerkrankungen nahmen einen tödlichen Ausgang. Es handelte sich um Leute, die, trotzdem ihnen ärztlicherseits genaue Anweisungen gegeben waren, den Versuch am eigenen Körper machen wollten, wie die unbehandelte Malaria verläuft.

Der eine Kranke, der längere Zeit auf einer Pflanzung am Rufiyi gelebt hatte und aus Prinzip kein Chinin nahm, hatte sowohl dort wie auch während eines längeren Aufenthalts in Daressalam an häufig wiederkehrenden Fieberanfällen gelitten, ohne ärztlichen Rat einzuholen. Eines Tages entschloß er sich dazu auf Zureden seiner Bekannten. Er klagte vor allem über Magenbeschwerden. Seine blasse Gesichtsfarbe erweckte sofort den Verdacht auf chronische Malaria. Er erklärte der das Präparat anfertigenden Schwester (wie diese später aussagte), er werde, auch wenn Parasiten gefunden würden, doch kein Chinin nehmen. Er sei früher lange Zeit im Sudan gereist, ohne Chinin zu nehmen und werde es auch hier nicht tun.

Im Blut fanden sich massenhaft Tropicaparasiten verschiedenen Alters. Der Kranke kehrte nach seiner Privatwohnung zurück und erhielt eine Chininkur vorgeschrieben.

Am Nachmittag des darauffolgenden Tages wurde er von seinen Hausmitbewohnern, die sich über sein Nichterscheinen gewundert und von den Boys auf Fragen die Antwort erhalten hatten, der Herr schliefe, in seinem Bett bewußtlos aufgefunden.

Der Puls war sehr klein, auf 136 Schläge beschleunigt. Die Körperwärme betrug 38,1. Der Stuhl war unwillkürlich abgegangen.

Es wurde sofort Koffein und Kampfer und dann Digalen eingespritzt, am gleichen Tage noch 0,65 Chinin und am folgenden 3 mal 0,3 Chinin eingespritzt. Das Blut war mit Parasiten geradezu überschwemmt. Der Puls blieb zwischen 124 und 132. Die Bewußtlosigkeit hielt an. Am Nachmittag des 2. Tages öffnete der Kranke einigemal die Augen, ohne jedoch ein Verständnis für seine Umgebung zu bekunden. Am 1. Tage nachmittags und abends war kein Urin zu erhalten, am 2. Tage wenig. Dieser Urin enthielt keinen Blutfarbstoff, aber etwas Eiweiß und Gallenfarbstoff. Am Morgen des 3. Tages wurde ganz früh noch einmal eine Chinineinspritzung von 0,5 gemacht. Um 8 Uhr vormittags desselben Tages erfolgte bereits der Tod bei anhaltender Bewußtlosigkeit.

Im zweiten Falle hatte ein noch nicht ganz einen Monat im Schutzgebiet weilender Europäer seine Verhaltungsmaßregeln von einem Mitpassagier, der zum zweiten Male nach Afrika kam, während der Ausreise erhalten. Obgleich er nach seinem Eintreffen noch ärztlicherseits über die Gefahr der Malariainfektion während einer längeren Dienstreise in sehr ungesundem Gebiet aufgeklärt und über Chininbehandlung unterwiesen worden war, nahm er auf der Reise weder prophylaktisch Chinin, noch auch, als er sehr bald an Fieber erkrankte. Er behandelte sich mit verdünntem heißem Weißwein und Schwitzkuren und wurde nach etwa einwöchigem Kranksein zwei Tage weit an die Zentralbahn transportiert. Der Gesichtsausdruck des Kranken war beim Eintreffen in Daressalam so verfallen, daß der Kranke von einem ihn abholenden Bekannten zunächst nicht erkannt wurde.

Im Blute fanden sich sehr zahlreiche Tropicaparasiten verschiedenen Alters, im Urin Eiweiß in Spuren. Das Fieber betrug 39,3 und erreichte an den nächstfolgenden Tagen die gleiche Höhe.

Chinin wurde in kleinen Einzeldosen eingespritzt, die am 3. Tage schon zu einer Gesamtdosis von 1 g gesteigert wurden.

Eiweiß und Gallenfarbstoff traten im Urin in größerer Menge auf. Der Kranke wurde bewußtlos und zeigte die Zeichen des Kollapses. Es wurde zu Herzreizmitteln gegriffen.

Das Fieber blieb am 5. Tage nach der Aufnahme fort, obwohl noch einzelne kleine und mittlere Ringe im Blute gefunden wurden.

3 Tage später stellte sich eine Entzündung der linken Ohrspeicheldrüse mit Fieber bis 39° ein.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

An den nächsten Tagen waren trotz der großen Mengen intramuskulär eingespritzten Chinins immer noch einzelne Tropicaringe im Blut zu finden. Es stellten sich Sinnestäuschungen ein, der Kranke fürchtete sich vor seinen schwarzen Wärtern.

Unter Sinken des Hämoglobingehalts des Blutes bis auf 24% trat bei völliger Bewußtlosigkeit der Tod ein.

Bei der Sektion wurde das Fehlen jeglicher anderer Veränderungen festgestellt, die als Todesursache hätten angesprochen werden können. Gefunden wurden geringe Vergrößerung der Milz, Verwachsung der Nierenkapsel (schwer abzuziehen) und Trübung des Parenchyms der Nieren, Hypostasen der unteren Abschnitte beider Lungen, Ödem und Trübung der weichen Hirnhaut.

Einen schnellen Tod erlitt eine seit einem Monat im Schutzgebiet befindliche Ansiedlersfrau. Sie war auf einer $3^1/_2$ Stunden von Daressalam entfernt liegenden Pflanzung 5 Tage vor ihrem Tode mit Fieber erkrankt. Die Frau hatte einmal während eines vorübergehenden Anstiegs der Körperwärme 0,5 Chinin erhalten. Ihr Mann hatte sonst nicht gewagt, ihr Chinin zu geben; wie er sagte, weil das Fieber immer hoch geblieben war. Am 5. Krankheitstage war der Tod eingetreten. Vorher waren seitens des Mannes keine Anstalten getroffen worden, ärztliche Hilfe zu erbitten oder die Kranke nach Daressalam zu schaffen. In Ausstrichen des Milzgewebes wurden viel Pigment und zahlreiche Malariaparasiten festgestellt.

Es soll ferner von einem Fall von frischer Syphilis, bei welchem eine Salvarsaninjektion unter die Haut zwischen die Schulterblätter gemacht worden war, die Tatsache berichtet werden, daß der Kranke 3 Tage später Fieber bekam und am nächsten Tage große Tropicaringe in seinem Blute gefunden wurden, die bei vorsichtigem Chiningebrauch erst nach 3 Tagen wieder verschwanden.

Das Schankergeschwür sowie die Schleimhauterkrankung im Rachen machten nach der Salvarsaneinspritzung schnelle Fortschritte in der Heilung.

Ein Kranker, der seit Jahren an öfters wiederkehrenden Tertianaanfällen litt, wegen Lues in Europa eine intravenöse Salvarsaninfusion erhalten hatte und bald darauf Herbst 1911 vom Urlaub zurückgekehrt war, hatte im Januar einen Tertianaanfall. Im Juni erhielt er eine zweite intravenöse Salvarsaninfusion von 0,5. Etwa vier Wochen später trat wieder ein Tertianaanfall auf. Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, daß es sich hierbei um einen durch das Salvarsan nicht verhüteten Rückfall der Malaria tertiana handelte, obwohl die Möglichkeit einer neuen Infektion nicht völlig auszuschließen ist.

Der Kranke wohnte in der Innenstadt und später im Villenviertel, wo Tertianainfektionen selten sind, und war nie außerhalb der Stadt gewesen.«

Über Schwarzwasserfieber berichtet derselbe Arzt:

»Ein gewisses Interesse bietet der Versuch eines Kranken, Schwarzwasserfieber vorzutäuschen. Der Kranke hatte eine Malaria tropica überstanden und 5 Tage lang Chinin in Gaben von 4 mal 0,25 gut vertragen. Nach 2 fieberfreien Tagen wurde ihm wieder 1 g Chinin in 4 Teilen gegeben. Abends gab er der Wache an, daß er soeben blutigen Urin gelassen habe. Er zeigte solchen vor, den er auf dem Abort in ein Glas entleert hatte. Die chemische Untersuchung ergab Blutfarbstoff- und Eiweißbeimengung. Der Kranke hatte keinen Schüttelfrost gehabt, die Körperwärme hatte nur 38,1 erreicht und betrug 2 Stunden später wieder 37,3. Die später in der Nacht entleerte Urinprobe war frei von Eiweiß und Hämoglobin. Am nächsten Tage bewegte sich die Körperwärme zwischen 36,2 und 37,3, der Urin blieb klar und frei von Eiweiß und Blutfarbstoff.

Es lag somit die Vermutung nahe, daß es sich um einen künstlichen Zusatz zum Urin gehandelt habe. Blutbeimengung war nach der mikroskopischen Untersuchung auszuschließen.

So fiel der Verdacht auf das Hämatogen, wovon ein anderer Kranker eine Flasche im Zimmer stehen hatte.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Nachprüfung durch das Laboratorium ergab, daß der Urin bei Zusatz einer geringen Menge Hämatogen ähnlich aussieht wie der bei Schwarzwasserfieber, und daß Eiweiß- und Hämoglobinreaktion positiv ausfallen. Wenn einerseits die klinischen Zeichen des Schwarzwasserfiebers fehlten, wurde der Beweis dafür, daß das Hämoglobin vom Kranken nicht mit dem Urin ausgeschieden worden war, auch dadurch erbracht, daß nach einem Tage Pause ein volles Gramm Chinin in vier Teilen, wie vorher, gegeben und ohne jegliche Störung vertragen wurde. Der Kranke wurde einige Tage später geheilt entlassen.

In einem Falle von Schwarzwasserfieber bei einem Pflanzer, bei dem nach früherem unregelmäßigen Chiningebrauch eine Dosis von 1 g die Hämoglobinurie ausgelöst hatte, die zunächst 4 Tage anhielt und nach 18 stündiger Pause noch einmal wiederkehrte, sank der Blutfarbstoff derartig, daß er bei der Bestimmung mit dem Fleischlschen Hämoglobinometer nur noch etwa 15 % betrug. Es bestand 2 Tage lang schwere Atemnot als Zeichen des Sauerstoffhungers.

Doch überstand der Kranke die Krisis, wurde mit Chinineinspritzungen mit einer Anfangsdosis von 0,05 behandelt, erreichte nach einer Woche 30 %, nach weiteren fünftägigen Zwischenräumen 48 %, 58 % und dann 70 %, vertrug dann 0,7 Chinin und wurde zur weiteren Erholung in ein Sanatorium geschickt, wo er die Chiningewöhnungskur fortsetzte.

Er kam in gutem Kräftezustand zurück.«

Oberstabsarzt Dr. Lott, der Leiter des Gouvernementskrankenhauses in Tanga, berichtet:

»Die Zahl der Europäer, die wegen Malariafiebers in Behandlung waren, hielt sich ungefähr auf der gleichen Höhe wie im Vorjahre; sie machten 26½ % (in den beiden Vorjahren 27 bzw. 30 %) aller Patienten aus. Todesfälle bei Europäern infolge Malaria kamen nicht vor. Die Gesamtzahl der Malariakranken betrug 307, davon litten 265 (= 90 %) an Tropica, 4 (= 1 %) an Quartana, 27 (= 9 %) an Tertiana; bei 11 Kranken wurden Malariaparasiten nicht gefunden, da sie bereits vor der Untersuchung Chinin genommen hatten. Von den im Krankenhause beobachteten Malariafällen erscheinen folgende bemerkenswert.

1. 18 jähriger Jüngling, 1 Jahr in den Tropen, früher stets gesund, hat häufig Malariafieber gehabt, Chinin nur wenig und unregelmäßig genommen, kein Trinker. Im April 1911 stellte sich ein Schwächegefühl in Armen und Beinen ein. Die Muskulatur war schlaff, die Muskelkraft allgemein herabgesetzt, starke Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur der Arme und Beine. Kleine Gegenstände können mit den Fingern nicht gefaßt werden, beim Gehen wird die Fußspitze am Boden schleifend vorwärts geschoben. Reflexe vorhanden, Patellarreflexe herabgesetzt. Sensibilität erhöht, ein Strich mit dem Perkussionshammer an der Fußsohle wird als heftiger Schmerz empfunden. Häufiges Auftreten von Muskelkrämpfen. Appetit und Allgemeinbefinden gut, Funktion von Blase und Mastdarm nicht gestört. Da durch die Krankenhausbehandlung nur geringe Besserung erzielt wird, erfolgt Heimsendung; auch in Deutschland geht die Besserung nur langsam vor sich. Da eine andere Ursache für das Leiden nicht festzustellen war, so ist meiner Ansicht nach die Polyneuritis als Folge der häufigen Malariafieberanfälle anzusehen.

2. 33 jähriger Lokomotivführer, 1 Jahr in den Tropen. Anfang Juni 1910, Malariafieber gut überstanden, Ende Mai 1911 abermals Malariafieber (tropica), Rekonvaleszenz nimmt zunächst günstigen Verlauf, Chinin ohne Beschwerden genommen. Mitte Juni bemerkte Patient, als er 2 Tage hintereinander je 1 g Chinin genommen hatte, daß er schlechter sehen konnte. An den Augen bei der äußeren Untersuchung wie bei der mit dem Augenspiegel nichts Krankhaftes festzustellen, Einschränkung des Gesichtsfeldes besteht nicht. Sehschärfe $l = 1/9$, $r = 1/6$. Bei Aufenthalt im Dunkelzimmer bessert sich die Sehschärfe beiderseits, Heimsendung wegen Tropendienstunfähigkeit. Auch in Deutschland war Patient noch

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

längere Zeit in Behandlung. Die Schwachsichtigkeit dürfte als Chininwirkung anzusprechen sein.

3. 27 jähriger Landwirt, 1 Jahr in den Tropen, häufig Malaria, Chinin wenig und unregelmäßig, kein Trinker. Er wird eines Morgens bewußtlos neben seinem Bett liegend aufgefunden; am Abend vorher war von seinen Verwandten nichts Auffälliges an ihm bemerkt worden. Bei der Aufnahme war das Gesicht gerötet, die Körperwärme nicht erhöht. Pupillen stark erweitert, reagieren prompt. Atmung und Puls beschleunigt, aber regelmäßig. Patient wirft sich viel hin und her, schimpft und schreit laut und viel, Zähneknirschen, keine Zuckungen. Im Urin kein Eiweiß. Im Blut einzelne Ringe und Tropicateilungsformen. Chininjektion 4 mal 0,5. Am nächsten Tage ist der Kranke ruhiger, aber noch benommen, am Tage darauf wieder klar. Patient bleibt andauernd fieberfrei, wird nach 14 Tagen geheilt entlassen.

4. 27 jähriger Kaufmann, völlig abstinent, 2 Jahre in den Tropen, häufige Fieber, wenig Chinin. Fällt eines Nachmittags plötzlich um, schreit, schlägt um sich. Bei der Aufnahme war das Gesicht gerötet, Pupillen sehr weit, reagieren sehr langsam. Zähneknirschen. Patient ist bewußtlos und sehr unruhig, stöhnt und schreit, wirft sich so viel hin und her, daß er festgehalten werden muß. Temperatur 37,4°, Puls und Atmung nicht beschleunigt, regelmäßig. Im Blut Ringe und Halbmonde. Urin eiweißfrei. Chininjnjektionen. An den nächsten beiden Tagen wird Patient ruhiger, bleibt aber noch benommen, am 3. Tage kehrt das Bewußtsein langsam zurück, doch ist die Sprache noch unsicher, stammelnd. Sprachstörung bessert sich schnell. Ausgang in Heilung. Am 2. Krankheitstage war die Temperatur auf 39,0 gestiegen, vom 3. Tage war Patient fieberfrei.

5. Fall von Geistesstörung mit Halluzinationen im Verlauf eines Malariafiebers. 25 jähriger Kanzlist, 1 Jahr in den Tropen, hatte gleich nach seiner Ankunft im Schutzgebiet ein Malariafieber gut überstanden. Nach seinen Angaben nicht erblich belastet, kein Trinker, tüchtiger Beamter. Anfang März d. J. wieder Malariafieber, Temperatur bleibt 5 Tage hoch, sehr heftige Kopfschmerzen. Am 6. Tage geht die Körperwärme herunter, Patient glaubt sich von Polizisten verfolgt, vernimmt Stimmen, daß er ausgewiesen werden sollte, weil er eine Rechnung nicht bezahlt habe, hört dazwischen Musik, singt und pfeift die Melodien mit. Am 7. Tage ist Patient völlig fieberfrei, doch halten die Halluzinationen noch an. Am 8. Tage ist Patient völlig klar und bleibt es dauernd. Geheilt entlassen.«

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über Schwarzwasserfieber folgendes:

»Die 17 Erkrankungen an Schwarzwasserfieber bei Europäern betrafen sämtlich Personen, die häufiger an Malariafieber gelitten und Chinin nur unregelmäßig genommen hatten. In allen Fällen wurde das Schwarzwasserfieber durch Chinin ausgelöst, und zwar durch Dosen von 0,25—1 g. Es handelte sich um 7 Ersterkrankungen und 10 Rückfälle. 3 Kranke starben, der eine im ersten Anfall, die beiden anderen hatten früher bereits drei Anfälle von Hämoglobinurie überstanden.

Fall 1. Patient war erst 2 Monate im Schutzgebiete, starker Alkoholiker, trank viel Schnaps. Urin vom 1. Krankheitstage an sehr spärlich, tägliche Menge 40—60 ccm, vom 3. Krankheitstage an frei von Blutfarbstoff. Häufiges Erbrechen. Tod am 13. Krankheitstage unter den Zeichen des Lungenödems. Die Diurese hatte sich gegen Ende der Krankheit gehoben, die Urinmenge am Todestage betrug 600 ccm.

Fall 2. Patient war seit 12 Jahren im Schutzgebiete. Urinsekretion zunächst sehr gering, 50 ccm täglich, hebt sich allmählich, so daß die Urinmenge am Todestage 1 000 ccm beträgt. Tod am 20. Krankheitstage an Herzschwäche. Die Hämoglobinurie hatte bereits am 2. Krankheitstage aufgehört. Als Todesursache ist

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

in diesem Falle wohl nicht das Schwarzwasserfieber, sondern die Begleitkrankheiten (Lungen- und Brustfellentzündung, Amöbenruhr) anzusehen.

Fall 3. Patient war seit 4 Jahren im Schutzgebiete. Hämoglobinurie hört am 3. Krankheitstage auf. Diurese zunächst gering, vom 8. Krankheitstage ab sehr reichlich, 3—4 l täglich. Tod am 12. Krankheitstage an Herzschwäche (alte Mitralinsuffizienz). Trotz der reichlichen Diurese in den letzten Krankheitstagen Benommenheit und Konvulsionen, Temperatur dabei erhöht, ohne daß Malariaparasiten gefunden werden.«

Über Malaria schreibt Stabsarzt Dr. Wünn aus Moschi:

»Eine junge Dschaggafrau wurde besinnungslos eingeliefert. Sie sollte am Tage vorher gegen Mittag mit Schüttelfrost erkrankt sein, worauf bald das Bewußtsein schwand. Jetzt liegt sie völlig apathisch da, reagiert weder auf Anrufen noch Berührung oder Öffnung der Augen. Der Kornealreflex ist sehr gering, die Pupillen sind weit, reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Nackenmuskulatur ist hart gespannt, der Kopf nach hinten gezogen. Die inneren Organe zeigen keine Abweichungen von der Regel. Der Puls ist 80, kräftig. Im Blute befinden sich sehr zahlreiche Tropicaparasiten. Die Kranke erhielt daher sofort 1,0 Chinin bimur. intraglutaeal. Wenige Stunden später kam die Besinnung wieder; in der Nacht trat starker Schweißausbruch auf, und von da an ging die Genesung unter der üblichen Chinintherapie per os ohne Störung in kurzer Zeit vor sich.«

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über Schwarzwasserfieber:

»Ein Pflanzer, aus dem Pflanzungsgebiet am Karanga (etwa 900 m Höhe) hatte seit einigen Tagen unter Fieber gelitten. Früher, als er sich noch an der Küste aufhielt, hatte er häufig Malaria. Er meinte, es habe ihm nichts ausgemacht, wenn er mit Temperaturen von 40 auf die Pflanzung gegangen sei. Chinin habe er sehr unregelmäßig genommen. Jetzt bekämpfte er sein Fieber damit, daß er an jedem Tage 1,0 Chinin in verteilten Dosen von 0,2 in Zimmerschen Kapseln nahm. Nachdem er so jetzt 3,0 Chinin eingenommen hatte, bekam er plötzlich heftigen Schüttelfrost und hohes Fieber, zugleich färbte sich der Urin tiefschwarz. Er ließ sich dann nach Moschi bringen, wo er im Hotel Förster ein Zimmer nahm. Der Mann zeigte völlige Gelbfärbung der Haut und Schleimhäute, war sehr blaß, aber leidlich kräftig. Der Puls war kräftig und gut, zuerst verlangsamt, später regelrecht. Die Temperatur betrug 37,5. Der Urin wurde stets in reichlicher Menge entleert und war zunächst tiefschwarz, enthielt auch viel Eiweiß; er begann sich am nächsten Tage aufzuhellen, an dem der Patient völlig fieberfrei war, worauf aber abends ein neuer Schüttelfrost mit Temperaturanstieg auf 39,0 ihn wieder völlig schwarz färbte. Das wiederholte sich an 3 Tagen. Dann blieb Schüttelfrost und Fieber fort, der Urin klärte sich auf, der Appetit setzte mächtig ein und die Rekonvaleszenz verlief ungestört. Malariaparasiten waren niemals zu finden. Die Behandlung bestand in völliger Ruhe, sehr reichlicher Flüssigkeitszufuhr und Fortlassen aller Medikamente. Jetzt ist der Patient wieder völlig hergestellt und hat eine Chiningewöhnungskur durchgemacht.«

Über einen Fall von Chinin-Idiosyncrasie berichtet Stabsarzt Geisler aus Neu-Langenburg:

»Bei einem Europäer, der mehrere Jahre bereits im Schutzgebiet ist und im Vorjahre sehr schwer an Schwarzwasserfieber erkrankt war, zeigte sich hochgradige Chinin-Idiosyncrasie. Bereits nach 2 mal 0,2 Chinin. mur. traten Hämorrhagien am Zahnfleisch, an mehreren Stellen der Körperhaut, besonders der Backen, ferner starkes Nasenbluten und blutige Entleerungen des Darmes auf. Die Behandlung konnte sich nur auf gute Ernährung und Arsenik beschränken. Die Malaria soll jedoch immer wieder auftreten und ohne ärztliche Behandlung schwinden. Dazu kommt noch, daß der Betreffende fast dauernd unter ärmlichen Verhältnissen im Lande herumreist und dauernd neuen Infektionen ausgesetzt ist.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2. Dysenterie und Leberabszesse.

Über Amöbenruhr schreibt Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba:

»Während Amöbenruhr hier im Bezirk gewöhnlich nur in einzelnen Fällen auftritt, beobachtete ich im August 1911 eine Endemie in Mittel-Karagwe, wo in den Landschaften Kilifunjo, Kinoni und Nirwale zahlreiche Fälle vorkamen, von denen 15 Kranke starben. Die mikroskopische Stuhluntersuchung bestätigte die auch schon klinisch wahrscheinliche Diagnose, Amöbenruhr.

Bazillenruhr tritt dagegen, worüber ich schon verschiedentlich berichtete, viel häufiger als die Amöbenruhr und in größeren Endemien auf.

Ein Fall von Amöbenruhr bei einem Europäer ist insofern erwähnenswert, als 14 Tage vor dem Ausbruch der sehr stürmisch einsetzenden subjektiven Ruhrerscheinungen ein Herpes zoster im Verlauf der 9. linken Rippe auftrat. Es fanden sich drei kleine Gruppen von anfangs schmerzenden Bläschen, eine vorn an der Mittellinie, eine in der Brustwarzenlinie und eine in den drei hinteren Achsellinien. Also ein Herpes in der sogenannten Headschen Zone. Er deutete wohl auf ein vorzugsweises Erkranktsein im Querdickdarm (Colon transversum).«

Von einer Pflanzung in Lindi kamen, wie Oberarzt Dr. Wolff berichtet, eines Tages 15 Leute mit starken blutigen Durchfällen in Zugang, von denen die meisten sich schon in einem ziemlich desolaten Zustande befanden. Nach einigen Tagen kamen noch drei dazu; von letzteren starb einer schon unterwegs, einer 2 Tage nach Einlieferung ins Hospital. Bei den meisten konnte die Amoeba histolytika im Stuhl gefunden werden; bei 3 Leuten bestand daneben noch eine Ankylostomiasis. Von den 18 Leuten starben 5, die übrigen wurden geheilt.

Die Behandlung bestand zunächst in Darreichung von Calomel zweimal 0,3 am ersten Tage, am zweiten noch einmal 0,3; dann erhielten die Kranken täglich dreimal eine Mazeration von Cort. Simarub. und Cort. Granat.

Die Infektion ist wahrscheinlich so zu erklären, daß die Leute, vor etwa 4 Wochen frisch zugewandert, aus den auf dem Gebiete der Pflanzungen vorhandenen und, wie früher dort vorgekommene Dysenteriefälle beweisen, wohl verseuchten Tümpeln Wasser getrunken haben, obwohl ihnen gutes Wasser in Wagen auf die Felder nachgefahren wird. Sie behaupteten, daß das Wasser der Tümpel kühler und »süßer« sei als das Wasser in den eisernen Fässern. Dieses wird übrigens aus einem tiefen Brunnen neben dem Arbeiterdorf der Pflanzung mit einer Pumpe gewonnen und ist, wie ich mich selbst überzeugt habe, als gutes und einwandfreies Wasser zu bezeichnen. Von den alten Arbeitern erkrankte kein einziger.«

Über einen Fall von Dysenterie, der durch Malaria und Chinin-Idiosynkrasie kompliziert war, berichtet Professor Dr. Beck folgendes:

»Das 5 jährige Söhnchen des Leiters einer Pflanzung bei Lindi war am 29. Mai 1911 mit heftigen blutigen Durchfällen erkrankt. Seine Mutter war im November und Dezember 1910 an Dysenterie erkrankt, nachdem auf der Pflanzung bei einer Anzahl Arbeitern Fälle von Ruhr vorgekommen waren. Anscheinend

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

litt die Mutter Ende Mai 1911 an einem Rezidiv, denn als ich sie am 2. Juni sah, war sie noch bettlägerig, der Stuhlgang schleimig-blutig (Dysenterieamöben nicht nachweisbar); sie hatte sich aber nach wenigen Tagen wieder erholt. Am 2. Juni fand ich das Kind, das früher ziemlich kräftig war, stark abgemagert, es mußte alle 10 Minuten zu Stuhl gehen; der Stuhlgang war schleimig-eitrig, stark mit Blut vermischt. Sehr häufig wurden mit dem Stuhlgang nur einige Tropfen Schleim und Blut entleert. Außerdem wurde über starke Schmerzen in der Leber und im Unterleib geklagt. Temperatur 38 und 39° C. In dem blutigen Schleim waren zahlreiche Dysenterieamöben enthalten. Zunächst wurde, neben warmen Umschlägen um den Leib, Rizinusöl innerlich verordnet und darauf Ipekakuanha (emetinfrei), aber nur mit vorübergehendem Erfolge, namentlich war auf den Tenesmus keine Einwirkung zu beobachten. Am 6. Juni verordnete ich Simaruba mit dem Erfolge, daß schon 2 Tage darauf die Stuhlgänge an Zahl geringer wurden und auch weniger Blut enthielten. Auch hatte der Tenesmus nachgelassen. Am 12. Juni, als schon eine ganz deutliche Besserung eingetreten und die Temperatur auf 37 und 37,5 gefallen war, trat gegen Abend plötzlich eine Temperatursteigerung bis 39,6 auf. Ein Diätfehler lag nicht vor, da auf zweckmäßige Ernährung sorgfältig geachtet wurde. Die Untersuchung des Blutes am 13. Juni ergab zahlreiche kleine Tropenringe (Präparat vom 12. Juni abends 8 Uhr). Am 13. Juni morgens 8 Uhr war die Temperatur auf 37,6 gefallen, und es wurde daraufhin 0,25 Chinin gegeben. Die Folge war ein starkes Emporschnellen der Temperatur auf 40,1; zu gleicher Zeit traten auch wieder häufiger starkblutige Durchfälle auf. Gegen Abend fiel die Temperatur wieder auf 38. Tags darauf erfolgte auf 0,1 g Chinin eine heftige Darmblutung, die aber durch Secale cornutum gestillt werden konnte; dabei war die Temperatur wieder auf 40 gestiegen. Es wurde nun täglich 3 mal 0,1 Euchinin verordnet, das aber auch kleine Temperatursteigerungen von 37,6—39,1 auslöste. Infolgedessen wurde auf 0,03 g Euchinin heruntergegangen und später langsam bis auf 3 mal täglich 0,1 Euchinin gestiegen. Auf 0,2 Euchinin erfolgten wieder leichte Erhebungen der Temperatur um $^1/_2$—1°, es wurden daher kleine Dosen von Chinin verabreicht, 0,02, später 0,05 g und bis 0,1 g gestiegen, so lange bis diese Dosen ohne Temperatursteigerungen vertragen wurden. Diese Dosis, 3 mal täglich 0,1 g Chinin, wurde dann 8 Tage lang fortgesetzt, ohne daß sich weitere Störungen daran anschlossen. Das Allgemeinbefinden hob sich, die Stuhlgänge wurden regelmäßig und normal, der Appetit besserte sich. Die Chininkur, 3 mal täglich 0,1 g, wöchentlich 2 mal an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, wurde $2^1/_2$ Monate fortgesetzt. Anfang Juli war der Junge vollständig wiederhergestellt und konnte Mitte des Monats mit seiner Mutter nach Europa reisen.«

Über einen Fall von Leberabszeß berichtet Stabsarzt Dr. Marshall aus Tabora:

Etwa 30 jähriger Mgindo, Arbeiter, seit angeblich 4—6 Wochen krank, kommt am 17. Mai in das Hospital. Die Lebergegend erscheint nach vorn zu beträchtlich vorgewölbt, besonders aber fällt eine enorme Verbreiterung der rechten unteren Brustkorbhälfte ins Auge, über der absolute Dämpfung des Klopfschalles bestand, bis etwa eine Handbreite unterhalb des Schulterblattes. Der untere Leberrand stand (innerhalb der rechten Brustwarzenlinie) etwa 15 cm unterhalb des Rippenbogens. Über eine vorhergegangene Darmerkrankung (Dysenterie) war nichts festzustellen. Zur Zeit sind keine Amöben im Stuhl aufzufinden. Eine am 18. Mai vorgenommene Probepunktion ergab braunroten Eiter ohne Amöben. 19. Mai Eröffnung des Abszesses. Umspritzung der 9. Rippe innerhalb der vorderen Axillarlinie (mit Novokainlösung $1^1/_2$%) nach Art eines Hackenbruchschen Rhombus, die eine vollkommen schmerzlose Ausführung der Operation bis zum Schluß ermöglicht. Von der 9. Rippe wird ein etwa 4,5 cm langes Stück reseziert. Vernähung der Pleurablätter durch zirkuläre fortlaufende Naht an die Muskelwunde. Nach Durchtrennung der Pleura wird das Zwerchfell in gleicher Weise vernäht und getrennt; es entleert sich sofort eine Menge Eiter unter hohem Druck. Nach Abfluß des Eiters wird eine riesige, über doppelfaustgroße Abszeßhöhle der Leber festgestellt, aus der offenbar der Eiter schon unter das Zwerchfell durchgebrochen war (subphrenischer Abszeß). Die Gesamtmenge des entleerten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eiters betrug 2 l. Amöben waren zunächst nicht nachweisbar, wohl aber Gewebsfetzen, die sich mikroskopisch als Leberbälkchen darstellten. Einlage eines dicken Dränrohres (Verband). Beim ersten Verbandwechsel wurde noch eine große Menge jetzt sehr dickflüssigen Eiters entleert, der zahlreiche bewegliche Amoebae histolytikae mit gut unterscheidbarem Ekto- und Entoplasma aufwies. Zunächst blieb die Temperatur, die vor der Operation leicht erhöht war, regelrecht. Von Mitte Juni ab wieder Steigerung (anfangs durch Malaria bedingt), die länger anhielt und den Verdacht einer Eiterverhaltung nahelegte; deshalb am 13. Juni Erweiterung der Operationswunde und Resektion eines weiteren, 4 cm langen Stückes der 9. Rippe. Einlage von zwei starken Dränröhren. Zunächst wieder stärkere Eiterabsonderung, die aber bald nachläßt. Im Laufe der nächsten Wochen wieder andauernd Erhöhung der Abendtemperatur, für die sich ein Grund trotz genauer Untersuchung nicht finden ließ. Nach und nach kehrte die Temperatur zur Norm zurück, die Abszeßhöhle verkleinerte sich und Ende August konnte der Mann mit kleiner, noch wenig nässender Fistel geheilt entlassen werden.«

Das Vorkommen von idiopathischen Leberabszessen wird, wie Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba schreibt, von manchen geleugnet; daher ist folgender eindeutiger Fall bemerkenswert:

»Ein 25jähriger, schmächtiger, europäischer Kaufmann, der noch nie in den Tropen gewesen, niemals an ruhrartigen Erscheinungen gelitten hatte, erkrankte schon auf der Ausreise hierher mit Schmerzen im Leibe. Der Stuhl soll dabei stets in Ordnung gewesen sein. Schon nach wenigen Tagen wurden die Schmerzen so stark, daß er sich nicht aus dem Bett erheben konnte. Bei der Aufnahme bestand hohes Fieber. Der Leib war stark gespannt, überall leisester Druck sehr schmerzhaft. Blut, Urin und Stuhl waren regelrecht. Unter Bettruhe, Opium und Prießnitzschen Umschlägen trat keine Besserung ein. Das Fieber blieb dauernd gleichmäßig hoch um 39,5°. Auf der rechten Lunge entwickelte sich ein seröser Erguß. Die Bauchschmerzen lokalisierten sich mehr nach der Leber, diese selbst war deutlich geschwollen, eine Leberpunktion ergab jedoch keinen Eiter. Der Erguß im rechten Brustfellraum erwies sich als trüb serös mit vielen Rundzellen; er war jedoch und blieb auch im Verlaufe der Krankheit, wie mehrere Probepunktionen zeigten, stets steril und wurde nur wenig trüber. Der Kranke kam sehr herunter, mehrmals traten äußerst bedrohliche Kollapse auf. Nach 14 Tagen wurde das Fieber stark remittierend. Erst 3 Wochen nach Ausbruch der Krankheit ergab eine neue Leberprobepunktion vorn im 8. Zwischenrippenraum in der Brustwarzenlinie Eiter. Die am folgenden Tage vorgenommene Operation, bei der ein Stück der 8. Rippe reseziert wurde, zeigte, daß ein großer Leberabszeß vorlag, der nach oben bis zur 4. Rippe, unten bis etwa unter den Rippenbogen und hinten bis an die Wirbelsäule reichte. Eine außerordentlich schwere Malaria tropica setzte gleich im Anschluß an die Operation ein. Einige Tage, nachdem die Malaria einer energischen Chininjektionskur gewichen war, entleerte sich aus der im übrigen sehr wenig sezernierenden, sehr verkleinerten Abszeßhöhle flüssiger Duodenuminhalt. Der Abszeß war an den Zwölffingerdarm angelötet gewesen und in diesem durchgebrochen. Diese Darmfistel sonderte jedoch nur in den ersten Tagen viel ab, schon bald darauf wurde die Sekretion geringer. Der Kranke erholte sich verhältnismäßig schnell. Die Wunde schloß sich bis auf eine kleine, jedoch noch 8 cm in die Tiefe führende Fistel. 2½ Monate nach Ausbruch der Krankheit konnte der Kranke zur Erholung nach Europa reisen. Er sah blühend aus, hatte 12 Pfd. an Gewicht zugenommen und fühlte sich vollkommen wohl. Die kleine Fistel wird sich wohl später selbst geschlossen haben.«

3. Rückfallfieber.

Über Rückfallfieber schreibt Stabsarzt Dr. Stolowsky aus Bismarckburg:

Es handelt sich um eine Selbstbeobachtung des Berichterstatters. Bezüglich der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß er 1904 ein Rückfallfieber mit drei Anfällen überstanden hat, die allerdings mikroskopisch nicht sichergestellt wurden,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

da die Erkrankung auf einer Europareise erfolgte. Seither ist er wiederholt von Ornithodorus gebissen worden, ohne daß es zu einer neuen Erkrankung kam. Die jetzige Erkrankung erfolgte im Verlauf einer Küstenbereisung des Tanganyka im Interesse der Schlafkrankheitsbekämpfung. Ornithodorusbisse möchte er seit mehr als Jahresfrist, jedenfalls aber für die letzten Wochen vor der Erkrankung mit Bestimmtheit ausschließen. Dagegen wurden genau 14 Tage vor seinem Anfall in seinem Feldbett Wanzen getötet, die ihn in der Nacht übel zugerichtet hatten. Der Anfall dauerte 5 Tage, wobei die Temperatur nicht unter 39,5 herunterging. Abfall am Abend des 5. Tages bis auf 35,6 unter heftigem Schweißausbruch mit folgendem kollapsähnlichem Zustand, der mit Sekt bekämpft werden mußte. Die Diagnose wurde mit zahlreichen Spirochaeten im dicken Blutstropfen erst am 3. Tage festgestellt, da der Kranke, der a priori an Malaria gedacht hatte, sich zum Mikroskopieren körperlich unfähig fühlte und sich erst infolge Wirkungslosigkeit des genommenen Chinins (4 g) zur Untersuchung entschloß. Während des Anfalls bestanden heftige Glieder- und Kopfschmerzen, Schmerzen in der linken Herzgegend, die ein Liegen auf dieser Seite unerträglich machten, Brechreiz bei völliger Appetitlosigkeit, rein wäßrige Durchfälle. Ein zweiter Fieberanstieg ist bis jetzt, etwa 4 Wochen nach dem Anfall, nicht erfolgt. Am 7. Tage nach dem Anfall verschlechterte sich aber das Allgemeinbefinden während 3 Tagen wieder so auffallend, daß es wie ein Äquivalent für den ausgebliebenen Anfall anmutete; Spirillen wurden jedoch nicht mehr gefunden. Bemerkenswert ist auch der rapide Verlust an Körpergewicht, welches im Gefolge des Fiebers innerhalb weniger Tage von 138 Pfd. auf 129 Pfd. gesunken ist und 4 Wochen nach dem Anfall nur noch 119 Pfd. beträgt. Verantwortlich dafür sind wohl bei völliger Appetitlosigkeit die während des Fiebers aufgetretenen mehr oder weniger profusen Durchfälle, die bisher jeder Medikation getrotzt und einen nicht unerheblichen Grad von körperlicher Ermattung hinterlassen haben. Andere Nachkrankheiten von seiten der Augen und Nerven sind nicht aufgetreten.

4. Unterleibstyphus.

Über Unterleibstyphus berichtet Stabsarzt Dr. Exner, der Leiter des Gouvernementskrankenhauses Daressalam:

»Während einzelne Fälle von Unterleibstyphus in jedem der letzten Jahre vorkamen, ohne daß die Infektionsquelle nachgewiesen werden konnte, traten im Berichtsjahr unter den Mitgliedern einer Missionsgenossenschaft im Anschluß an eine von Bombay eingeschleppte Typhuserkrankung binnen kurzer Zeit 4 neue schwere Typhuserkrankungen auf, so daß an einem ursächlichen Zusammenhang mit dem ersten Falle nicht zu zweifeln war.

Der erste Kranke war auf der Dampferfahrt von Bombay mit hohem Fieber erkrankt und auf der Mission untergebracht und gepflegt worden.

Der behandelnde Arzt stellte Typhus fest. Der Kranke genas.

Etwa 3 Wochen, nachdem er abgereist war, erkrankte eine Missionsschwester und dann noch 3 männliche Missionsmitglieder kurz nacheinander an Typhus. Der Fieberverlauf und die Krankheitserscheinungen waren typisch. Die Widalsche Reaktion war bei starken Verdünnungen (1 : 400) noch positiv.

Die Erkrankungen waren sämtlich schwer. Doch genasen die Kranken nach mehrwöchigem Krankenlager. Nach den angestellten Erhebungen ist es am wahrscheinlichsten, daß die Übertragung vom ersten Falle durch Vermittlung farbiger Dienstboten, Mädchen, die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

mit dem Badewasser des Kranken zu tun gehabt hatten, und die selbst mit den Erscheinungen des Typhus erkrankt sind, erfolgt ist. Das eine dieser Mädchen ist von ihren Eltern nach Hause geholt worden und dort gestorben. In der Stadt kamen 2 Fälle von Unterleibstyphus vor, der erste gleichzeitig mit den ersten Erkrankungen auf der Mission. Der Erkrankte hatte keinen Verkehr mit Missionsmitgliedern gehabt, aber Milch von der Mission bezogen.

Der zweite Fall kam später zur Beobachtung, verlief leicht, mußte aber bei positiver Widalscher Reaktion bei 1 : 200 als Unterleibstyphus angesprochen werden. Ein Zusammenhang mit den auf der Mission vorgekommenen Erkrankungen war nicht nachzuweisen.

Auch diese beiden Fälle genasen.

Zwei weitere Typhuskranke kamen von Schiffen krank an Land. In dem einen war die Infektion, wie auch bei einem im vorigen Berichtsjahr zugereisten Kranken, in Marseille erfolgt.

Im zweiten Falle, der auf der Fahrt an der ostafrikanischen Küste erworben sein mußte, bei dem der Verlauf sehr leicht, die Widalsche Reaktion aber bei Verdünnung von 1 : 200 positiv war, ließ sich der Ort der Ansteckung nicht nachweisen.

5. Fünf- bzw. Siebentagefieber.

Über Fünf- bzw. Siebentagefieber schreibt der leitende Arzt des Gouvernementskrankenhauses Daressalam, Stabsarzt Dr. Exner:

»Auch im Berichtsjahre lenkte, wie schon während der letzten Jahre, in der heißen Jahreszeit eine Anzahl fieberhafter Erkrankungen, bei denen im Blute der Kranken keine Malariaparasiten nachzuweisen waren, die Aufmerksamkeit auf sich. Das Fieber stieg, ohne daß Schüttelfrost vorherging, schnell an, blieb aber im Gegensatz zur Malaria mit mäßigen Senkungen am Morgen 5—7 Tage lang hoch und stieg im ganzen nicht viel über 39. Die Krankheitserscheinungen waren in den meisten Fällen leicht, bestanden in den allgemeinen Begleiterscheinungen des Fiebers, Kopfschmerzen und Abgeschlagenheit, wozu noch Appetitlosigkeit kam, die auch noch nach der Entfieberung mehrere Tage anhielt. Es bestanden keine Beschwerden von seiten der Lunge, und auch die physikalische Untersuchung ergab keine Veränderungen, die Entzündungsherde im Lungengewebe annehmen ließen. Ausnahmsweise war ein roter, an Masern erinnernder Hautausschlag zu beobachten, der aber am 3. Tage ohne Schuppung verschwand.

Der Verlauf läßt Typhus ausschließen.

Die Diazoreaktion war negativ, ebenso die bei einer Anzahl dieser Erkrankungen in früheren Jahren angestellte Widalsche Reaktion.

Nach den bisherigen Beobachtungen handelt es sich um eine besondere Infektionskrankheit. Im Blute waren keine Organismen zu finden, welche als Erreger der Krankheit gedeutet werden können.

Es wurde an das von österreichischen Autoren in den letzten Jahren beschriebene Pappataccifieber gedacht. Bisher konnten die hierfür als Überträger angegebenen Insekten hier nicht festgestellt werden.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

6. Variolois.

Über Variolois berichtet Stabsarzt Wünn aus Moschi:

»1. Ein Hospitalkranker mit äußeren Leiden erkrankte plötzlich mit Schüttelfrost und den Erscheinungen eines ausgedehnten Bronchialkatarrhs. Darauf trat am nächsten Tage ein Bläschenausschlag am ganzen Körper auf, der besonders das Gesicht befiel und sich zu typischen, aber recht kleinen Pockenpusteln entwickelte. Die Temperatur betrug einen Tag lang etwa 39° C, wurde aber bereits am nächsten Tage normal. Ebenso trocknete der Ausschlag in wenigen Tagen ab und verschwand, ohne Narben zu hinterlassen.

Der Mann war vor etwa 5 Jahren mit Erfolg geimpft worden.

2. Ein kettengefangener Junge erkrankte mit mäßigem Fieber, Bronchialkatarrh und einem Bläschenausschlag, der aus vereinzelten Bläschen im Gesicht und an den Armen bestand. Die Bläschen wurden zu Pockenpusteln und zeigten typische Dellenbildung und trockneten nach typischer Suppuration recht langsam ab, während das Fieber schon am 2. Tage verschwand und ebenso die Lungenerscheinungen. Die Pusteln hinterließen beim Abtrocknen leichte Narben.

Der Junge war vor etwa $1^1/_2$ Jahren mit Erfolg geimpft worden.

3. Ein Lazarettkranker, der an einer Wunde litt, war zur Humanisierung von Lymphe geimpft worden. Als von ihm schon wieder ein Kalb geimpft war, also etwa eine Woche nach der Impfung, erkrankte er plötzlich an einem typischen Pockenausschlag auf dem geimpften Oberarm, an Brust und Gesicht. Zugleich bestand leichtes Fieber. Beides verschwand in kurzer Zeit, die Pusteln ohne Narben zu hinterlassen.

Der Mann war früher noch nicht geimpft gewesen, und in der Zeit, in der bei der jetzigen Impfung seine Impfpusteln eben entstanden waren, wurde der unter 2. genannte Junge in das Hospital eingeliefert, so daß es wohl möglich ist, daß er durch diesen infiziert wurde, während der Impfschutz sich in seinem Körper noch nicht geltend gemacht hatte.

Weitere Fälle sind nicht vorgekommen.«

7. Syphilis.

Über einen Fall von papulöser Syphilis der Regenbogenhaut des linken Auges schreibt Oberarzt Dr. Müller aus der Farbigenabteilung des Gouvernementskrankenhauses Tanga:

»Fulana wurde im Oktober 1911 wegen II. Syphilis mit Hg. und Jodkalium behandelt. Wiederaufnahme am 13. November 1911 wegen Erkrankung des linken Auges. Auf der rechten Hälfte der Regenbogenhaut des linken Auges findet sich eine halblinsengroße, in die Pupille hinein vorspringende graurote Geschwulst, die auf ihrer Höhe eine gelbweiße, rundliche, hanfkorngroße Hervorwölbung zeigt. Die Linse hinter der Geschwulst ist an umschriebener Stelle getrübt; trübe ist auch das Kammerwasser. Es besteht perikorneale Injektion. Behandlung: Intravenöse Salvarsaninjektion am 15. November 1911 und Atropin. Am 21. November ist die Irispapel vollkommen verschwunden, das Kammerwasser ist vollkommen klar geworden; an der Stelle der ehemaligen luetischen Papel springt die Regenbogenhaut noch stark in die Pupille hinein vor und ist eben dort mit der Linse verlötet. Einleitung der Schmierkur, Atropinbehandlung. Trotz energischer Atropinbehandlung gelingt es nicht, die oben beschriebene Verklebung der Regenbogenhaut mit der Linse zu lösen. Patient wird am 4. Dezember 1911 mit guter Sehschärfe beschwerdefrei entlassen.«

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über einen Fall von Glottisödem, hervorgerufen durch luetische Geschwüre des Kehlkopfes, folgendes:

»Musa Msejedju wurde am 14. Dezember 1911 aufgenommen. Nach Angabe eines Kameraden soll er seit einigen Tagen über Schluckbeschwerden und Husten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

geklagt haben. Syphilis war bei ihm bisher noch nicht festgestellt worden. Der Mann selbst konnte keine Angaben mehr machen. Befund: Atemnot höchsten Grades. Orthopnoe. Inspiratorischer Stridor. Inspiratorische Einziehungen. Die Uvula und die Gaumenbögen ödematös geschwollen. Genannte Gebiete sowie die hintere Rachenwand sind mit flachen, unregelmäßig gestalteten Geschwüren bedeckt, die einen schmutziggelben Belag zeigen. Behandlung: Obere Tracheotomie ohne Anwendung eines Narkotikums, da nach den ersten Tropfen Chloroform Atemstillstand eintritt. Atmung nach Einlegung der Kanüle vollkommen frei, Wohlbefinden. Eine Stunde später plötzlicher Tod. Obduktionsbefund: Kanüle liegt gut. Außer den oben genannten Geschwürsbildungen ähnliche im Kehlkopf. Herzmuskulatur zeigt trübe Schwellung, die Kranzarterien des Herzens Sklerose, die Aorta Sklerose und Atheromatose.«

8. Verkrümmung der Wirbelsäule und Gibbus.

Über Verkrümmung der Wirbelsäule schreibt Stabsarzt Wünn aus Moschi:

»Ein Mnyamwesi, der mit einer linksseitigen Lungenentzündung eingeliefert wurde, zeigte eine starke Verkrümmung der Wirbelsäule derart, daß dieselbe umgekehrt S-förmig nach beiden Seiten verbogen war. Nach vorn und hinten bestand keine Abweichung. Die inneren Organe zeigten nach Abheilung der Lungenentzündung keine Abweichungen von der Regel. Bemerkenswert ist, daß der Mann angab, als Kind völlig gesund gewesen zu sein. Dann habe er eine schwere Krankheit bekommen, nach deren Ablauf diese Verkrümmung der Wirbelsäule übriggeblieben sei. Nach Eingeborenenart behauptete er natürlich, daß die Krankheit auf Gift zurückzuführen sei.«

Derselbe Sanitätsoffizier berichtet über Gibbus folgendes:

»2 Wadschaggajungen mit typischer Gibbusbildung der Wirbelsäule kamen zur Behandlung. Da Lungentuberkulose hier öfter beobachtet wird, ist das Auftreten tuberkulöser Veränderungen der Knochen schließlich nicht zu verwundern, obwohl sie selten sind. So waren denn auch hier bei dem einen Jungen (etwa 16 Jahre alt) Reste einer rechtsseitigen Pleuritis vorhanden, während an den Lungenspitzen nichts zu finden war. Ebenso waren die Lungen bei dem anderen Jungen (etwa 14 Jahre alt) frei. Während nun die Gibbusbildung bei dem ersten schon erfolgt war, als er noch ein kleines Kind war, war der zweite vor etwa einem Jahre schwer fieberhaft erkrankt, wobei ganz plötzlich der Gibbus entstand. Er hätte dann lange die Beine nicht bewegen können, allmählich war aber alles zurückgegangen, und jetzt befand er sich völlig wohl, wollte aber gerne den Gibbus los sein. Bei dem ersten begann die Gibbusbildung mit dem 1. Lendenwirbel, hatte ihre Höhe auf dem scharf herausstehenden 2. Lendenwirbeldorn und endete mit dem 3. Lendenwirbel. Bei dem zweiten fing sie mit dem 10. Brustwirbeldorn an, hatte ihre Höhe auf dem 12. Brustwirbeldornfortsatz und hörte mit dem 1. Lendenwirbel auf. Störungen der Beweglichkeit oder des Gefühls bestanden bei beiden nicht. Eine Behandlung wurde nicht eingeleitet.«

9. Tetanie.

Einen Fall von Tetanus kryptogenen Ursprungs beschreibt Oberarzt Dr. Müller (Farbigenabteilung des Gouvernementskrankenhauses Tanga):

»Msee bin Feruzi wurde am 15. September 1911 mit einer rechtsseitigen Halbseitenlähmung in das Hospital aufgenommen. Da einige Narben den Verdacht erregten, daß die Erkrankung auf syphilitischer Grundlage entstanden sei, wurde eine Jod- und Quecksilberbehandlung eingeleitet. Am 16. September traten Zeichen eines Starrkrampfes auf, klonische Krämpfe der Rumpf- und Gliedermuskulatur. Eine Wunde war nicht aufzufinden. Am 16. September 1911 erfolgte der Tod.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Einen weiteren Fall von Tetanie beschreibt Stabsarzt Dr. Marshall in Tabora:

»Besonderes Interesse darf ein Fall von Tetanie bei einem etwa 22jährigen Ruandamann (Krankenwärter) beanspruchen. Er erkrankte unter rheumatoiden Schmerzen im rechten Unterarm, die bald auch auf den Oberarm übergingen. Dann stellte sich unter Erhöhung der Körperwärme ein tonischer Kontraktionszustand der Muskulatur des ganzen rechten Armes sowie des rechten Brustmuskels (Pektoralis) und der Schultermuskulatur ein. Auffallend war, daß es zunächst nicht zu den für Tetanie sonst bezeichnenden Krampfanfällen kam, sondern daß die Muskulatur dauernd (14 Tage) sich in ausgeprägter Spannung befand. Auch die Muskulatur der Beine (namentlich des rechten) war von der Erkrankung befallen, wenngleich hier der Tonus weniger ausgesprochen war. Bei Beklopfen der Wangengegend erfolgte eine blitzartige Zuckung der Gesichtsmuskulatur (Fazialisphänomen). Im weiteren Verlauf wurde, unter gleichzeitigem Abfallen des Fiebers, der dauernde Krampfzustand durch ausgeprägte, enorm schmerzhafte Anfälle abgelöst, die im großen und ganzen dieselben Muskeln befielen, nach und nach immer seltener wurden, um schließlich ganz aufzuhören. Das äußerst qualvolle Leiden endete nach etwa sechswöchiger Dauer mit vollständiger Genesung. Die Behandlung konnte sich nur auf Linderung der Schmerzen beschränken.«

10. Herzklappenfehler und Aneurysma.

Ausgesprochene Herzklappenfehler sieht man, wie Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba berichtet, unter den Farbigen Ostafrikas selten. »Während einer 10jährigen Praxis in den verschiedensten Teilen der Kolonie habe ich nur sehr wenige Klappenfehler gesehen. Vielleicht hängt das seltene Vorkommen mit der relativen Seltenheit des akuten Gelenkrheumatismus (Polyarthritis rheumatica) zusammen. Im folgenden berichte ich über einen Fall von Aortenaneurysma bzw. Aorteninsuffizienz:

Der Kranke, ein 30jähriger, mäßig kräftiger Mhaiamann, klagte über seit längerer Zeit bestehende Brustschmerzen, Herzklopfen und Atemnot beim Bergsteigen und schnellem Laufen. Er gab an, Syphilis gehabt zu haben. In seinem Blute befanden sich einzelne kleine Tropicaringe und die bei der Wahaiabevölkerung so häufigen Filarien (F. perstans). Die Untersuchung der Brustorgane zeigte eine starke Erschütterung der vorderen Brustwand, besonders auf dem Brustbein und links davon. Die Herzdämpfung reichte links bis zur Brustwarzenlinie, rechts 1 cm nach außen von dem rechten Brustbeinrand. Nach oben setzte sich die Herzdämpfung bis zum Ansatz der 2. Rippe fort. Die Dämpfung reichte oben beiderseits je 1 cm nach außen vom Brustbein. Der Herzstoß war im Bereiche der Dämpfung überall sehr heftig. Die Pulsationen waren noch bis 5 cm weit nach beiden Seiten vom oberen Teile des Brustbeins zu fühlen. Schon 15 cm vom Brustkorb entfernt hörte man die laut paukenden Herztöne. Von der 3. Rippe nach oben, über beiden großen Schlagaderöffnungen und besonders stark auf dem Brustbein in Höhe der 2. Rippe, war ein deutliches diastolisches Geräusch zu hören. Dieses Geräusch war fortgeleitet mit beiden Herztönen über den Halsschlagadern zu hören. Über den Ellbogenschlagadern und über den Schenkelarterien waren Doppeltöne zu hören. Die Herztätigkeit war sehr beschleunigt, 120—130 Schläge in der Minute. Im Gegensatz zu dieser äußerst lebhaften Herzbewegung stand der an den Radialschlagadern sehr kleine und schwache Puls. Aus dem Befund ergibt sich, daß der Kranke an einer Insuffizienz der Aorta mit Erweiterung des aufsteigenden Teiles der großen Körperschlagader leidet.«

Über einen Fall von Aneurysma der linken Schlüsselbeinschlagader berichtet Oberarzt Dr. Müller aus der Farbigenabteilung des Gouvernementskrankenhauses zu Tanga:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

»Mbana bin Malim wurde am 9. Januar 1912 wegen Schwellung in der linken Schlüsselbeingrube, die angeblich seit 3 Monaten bestehen sollte, aufgenommen. Klagen über Schmerzen im linken Arm. Befund: Faustgroße, ovale Geschwulst in der linken Oberschlüsselbeingrube, die tiefe Fluktuation zeigte und deshalb für einen Abszeß angesprochen wurde. Aneurysmasymptome (Pulsation, Geräusche) fehlten vollkommen. Die geringe Füllung und Spannung der linken Speichenschlagader wurde auf Kompression der Subclacia von seiten der Geschwulst zurückgeführt. Am 12. Januar 1912 Operation. Inzision der Geschwulst. Es entleerten sich zuerst graurötliche Massen, die sich als Blutgerinsel erwiesen. Alsdann brach aus der Tiefe ein fingerdicker Blutstrahl hervor. Tamponade. Resektion der Klavikula. Der Versuch, den Stiel des Aneurysma zu unterbinden, mißlang, da es bis zur Einmündung der Subclavia in die Aorta in das Thoraxinnere reichte Tamponade, Verband. Blutung stand, Patient erholte sich in den nächsten Tagen. 23. Januar 1912 Tampon ohne Blutung entfernt. Einpflanzung eines frisch exstirpierten Bruchsackes in den Aneurysmahohlraum. Der Bruchsack heilte ein. Am 4. März 1912 Aneurysmasack geschrumpft, ragte nicht mehr aus der Oberschlüsselbeingrube hervor, sein Hohlraum vollständig mit derbem Bindegewebe ausgefüllt. Kein Geräusch, keine Pulsation, keine Schmerzen im linken Arm mehr. Radialpuls links kleiner als rechts. Geheilt entlassen.«

11. Larynxödem.

Ein Fall von akutem Larynxödem wurde im Sewa-Hagji-Hospital in Daressalam von Stabsarzt Dr. Engeland beobachtet:

»Ein Neger kam am 7. Juli nachmittags mit starker Atemnot in Zugang, die angeblich seit dem Morgen des Tages bestand. Temperatur 39,8° C. Im Rachen außer starker Schleimabsonderung nichts Krankhaftes wahrnehmbar, keine Schwellung der Mandeln. Im Kehlkopfspiegel sieht man starke Schwellung der ary-epiglottischen Falten und reichliche Schleimsekretion. Abends tritt der Tod ein. Bei der Obduktion findet sich Ödem der ary-epiglottischen Falten, die Kehlkopf- und Rachenschleimhaut blaß und mit Schleim bedeckt, keine Eiterung, kein Belag. Kulturen, aus dem Gewebssaft angelegt, ergaben keinen Anhalt für eine Infektion, so daß die Ursache gänzlich dunkel erscheint«.

12. Harnröhrenverschluß durch Steine.

Stabsarzt Dr. Marshall berichtet aus Tabora:

»Bei einem 22 jährigen Banianen, der seit zweimal 24 Stunden keinen Urin mehr lassen konnte (er litt gleichzeitig an eitrigem Harnröhrenausfluß), wurde durch Sondierung ein Hindernis (Stein) etwa 3 cm unterhalb des Orificium urethrae festgestellt; da letzteres sehr eng war, mußte es durch einen Scherenschlag erweitert werden, worauf die Extraktion eines etwa bohnengroßen Konkrements leicht gelang. Trotzdem war der Kranke nicht imstande, Urin zu lassen. Eine weitere Untersuchung ergab an der Grenze zwischen pars bulbosa und pars membranacea ein zweites Konkrement, das auch von außen durchzufühlen war. Es wurde deshalb an dieser Stelle die Urethrotomia externa vorgenommen. Die Harnröhre zeigte sich kolbig verdickt, die Schleimhaut schmutziggrau verfärbt und eitrig infiltriert. Mittels einer Arterienklemme wurde ein weiterer Stein aus dem zentralen Harnröhrenende entfernt, der, etwa von Kirschkerngröße, mit zahlreichen stachelartigen Fortsätzen versehen, an das Aussehen eines »Morgensterns« erinnerte. Es wurde ein Verweilkatheter durch das Orificium in die Blase eingeführt, und der Urin durch einen daran befestigten Schlauch in ein mit Karbolwasser gefülltes Gefäß geleitet (Hebersystem). Der Heilungsverlauf wurde durch eine Urininfiltration dicht oberhalb der Symphyse, die auf breite Spaltung der Haut bald verschwand, verzögert. Der Urin war dauernd trübe und enthielt eitrigen Bodensatz. Blasenspülungen mit Bor- und Kalium-permanganicum-Lösung brachten erhebliche Besserung. Während des Verbandswechsels wurde

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

später noch ein etwa pflaumenkerngroßer Stein entfernt, der deutliche fazettierte Fortsätze aufwies, so daß der ursprüngliche Sitz der Steine wahrscheinlich in der Blase oder auch in den Nieren zu suchen sein dürfte. Im Harnröhreneiter wurden weder Gonokokken noch Bilharziaeier gefunden. Der Kranke wurde mit geringer Harnröhrenfistel entlassen, die sich später von selbst schloß.«

13. Madurafuß.

Über Madurafuß schreibt Stabsarzt Wünn aus Moschi:

»Gelegentlich von Untersuchungen auf Lepra wurden 2 Leute mit Madurafuß vorgeführt. Beide Male handelte es sich um alte Leute, beide Male war die Affektion einseitig. Die Füße zeigten starke elefantiastische Schwellung, etwa von der Hälfte der Unterschenkel beginnend. Die Unterschenkel zeigten an dieser Stelle glatte Narbenbildung. Die Schwellung betraf von hier aus gleichmäßig den ganzen Fuß, so daß dieser etwa auf das Dreifache des Normalen geschwollen war. Die Haut zeigte graue Farbe, war nicht glatt, sondern mit zahllosen papillösen Wucherungen bedeckt, so daß es sich also um die Form des Mycetoma papillomatosum handelt. In den Papillen war Streptothrix Madurae leicht nachzuweisen. Es fehlte irgendeine Störung des Gefühls, ebenso waren Leprabazillen nicht zu finden. Die Behandlung bestand daher in Schmierkur und Jodkalium. Der eine Fall, der in Behandlung blieb, ist jetzt auf die Hälfte des ursprünglichen Befundes zurückgegangen, der andere hat sich der Behandlung entzogen.«

14. Balantidium coli.

Über Balantidium coli schreibt Stabsarzt Geisler aus Neu-Langenburg:

»Bei mikroskopischer Untersuchung eines Stuhles eines Europäers wurden Infusorien gefunden, welche an Gestalt, Größe und Bewegungsart dem Balantidium coli glichen. Die Krankheitserscheinungen waren folgende: Plötzlicher Beginn mit etwa 6—8 nicht schmerzhaften Entleerungen am Tage, die meist aus nur (etwa 1 Eßlöffel voll) wenig klarem, nicht riechendem Schleime mit nur ganz kleinen Kotbröckelchen bestanden, oft auch nur aus Schleim oder aber aus wenigem, geformten Stuhl, äußerlich mit diesem klaren Schleim überzogen. Es bestand das Gefühl, als wenn sich dieser Schleim erst im untersten Teile des Mastdarmes absonderte. In diesem Schleime befanden sich zahlreiche Balantidien. Nach etwa 8 Tagen änderte sich die Natur der Entleerungen, indem selten nur noch klarer Schleim entleert wurde, sondern dünner Stuhl mit Schleim innig vermischt. Erhebliche Schmerzhaftigkeit, auch bei den Stuhlentleerungen, bestand nicht. Es erfolgten etwa 10—12 Stühle am Tage. Arzneimittel hatten keine Wirkung. Durch Opium konnte immer für 3 Stunden Ruhe erzielt werden; die Stühle blieben aber dünn und wurden, wie auch die ersten, mit großer Heftigkeit entleert. Niemals zeigte sich aber Blut oder Eiter oder trüber Schleim in den Entleerungen. Im Verlauf der nächsten Wochen wurden die Stühle allmählich wieder fester und seltener, ohne daß ärztliche Behandlung erfolgt war. Mitte Februar Wiederauftreten derselben Erscheinungen, nachdem einige Tage vorher, besonders am Tage, leicht ziehende Schmerzen im Dickdarm vorausgegangen waren. Der Tenesmus war jetzt sehr stark und quälend. Nach Kalomel 0,5 erfolgten innerhalb 24 Stunden noch etwa 15 Entleerungen, dann hörten fast unvermittelt alle Erscheinungen auf.«

15. Verletzungen aller Art.

Über traumatische Knochenmarkentzündung (Osteomyelitis) schreibt Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba:

»Ein 15 jähriger Mhaiajunge erlitt auf einer Reise einen Unfall dadurch, daß er mit dem linken Unterschenkel gegen einen Baumstumpf stieß und dann

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

auf einen Stein fiel. Es bildete sich ein nach und nach die ganze Mitte des Unterschenkels einnehmendes, jauchendes Geschwür, mit dem er 12 Tage nach dem Unfall in Behandlung kam. Den ganzen Umfang des Unterschenkels mit Freilassung der beiden Gelenkenden nahm ein mit schlaffen und schmutzigen Granulationen bedecktes Geschwür ein. Die freiliegende Schienbeinfläche war nekrotisch. Bei der Operation zeigte sich, daß eine Knochenmarksentzündung mit Bildung großer Sequester vorlag; die Knochenmarkshöhle war mit schmierigen Granulationen gefüllt. Nach breiter Eröffnung der Totenlade und Abtragung des abgestorbenen Knochens reinigte sich die große Knochenhöhle sehr schnell und soll ebenso wie das große zirkuläre Geschwür durch Hauttransplantationen zur Heilung gebracht werden.«

Über eine bemerkenswerte Hiebwunde schreibt Oberarzt Dr. Schrekker aus Aruscha:

»Ein Massai wurde von seinem Dienstherrn wegen einer alten Hiebwunde am linken Unterschenkel in das Hospital geschickt. Die Vorgeschichte ergab, daß der Massai sich wegen eines chronischen Fußgeschwürs von seinen Landsleuten den Fuß oberhalb der Knöchel hatte abhacken lassen. Da jetzt der Unterschenkelknochen frei zutage lag und keinerlei Bedeckung möglich war, heilte die Wunde nicht. Es wurde der Unterschenkel in der Mitte amputiert und die Amputationswunde vernäht. Die Wunde heilte ohne Störung. Der Patient äußerte keine Klagen. 3 Tage nach der Amputation wurde der Patient morgens tot aufgefunden. Die Sektion ergab schwere eitrige Pneumonie im rechten Ober- und Mittellappen, die schon mindestens 14 Tage bestanden haben mußte. Das Herz war äußerst klein, schlaff und brüchig.«

Über eine Axtverletzung mit tödlichem Ausgang berichtet Stabsarzt Dr. Radloff aus Iringa:

»Am 24. November 1911 erschein der Mhebe Katembo und gibt an, er sei vor 6 Tagen von einem Stammesgenossen im Streit mit einer Eingeborenenaxt vor den Kopf geschlagen worden. Er war angeblich nicht bewußtlos; seine Frau hat ihm den Saft der Rizinuspflanze in die Wunde gegossen und mit einem schmutzigen Lappen bedeckt.

Kräftig gebauter Mann, 64 Pulsschläge, regelmäßig, kräftig, Temperatur regelrecht. Sensorium ohne Besonderheiten. Über die vordere Schädelhälfte verläuft fast genau senkrecht in der Frontallinie, 2 cm oberhalb der Nasenwurzel beginnend, eine 10,5 cm lange, klaffende Wunde. Die Wundränder treten in der Mitte am weitesten auseinander und bilden hier einen 13 mm breiten Spalt, sind gelappt und mit Schorf und Eiter bedeckt. In einer Länge von 7,5 cm ist die knöcherne Schädeldecke auseinandergetrieben. Es besteht ein mindestens 5 mm breiter klaffender Spalt, durch den man das Gehirn in den Häuten frei liegen sieht. Im unteren Wundwinkel ragt eine Knochenlamelle vor, die zum Teil gelockert und gesplittert ist. Von hier aufwärts fühlt man mit der Sonde eine 4 cm lange, schmale Knochenleiste, die unter der linken Scheitelbeinseite eingeklemmt ist. Es ist also aus der Schädeldecke ein Stück herausgeschlagen und unter das linke Schädeldach getrieben. Nach Zurückklappen der Weichteile sickert am unteren Wundwinkel eine schmutzige, rötliche, übelriechende Flüssigkeit hervor; der Geruch ist so stark, daß man es im Zimmer kaum ertragen kann. Behandlung und Verlauf: Entfernung der freien Knochenlamelle im unteren Wundwinkel, Erweiterung des Weichteilschnittes, um besseren Abfluß der Sekrete zu gewinnen. Reinigung der Wundränder und vorsichtiges Austupfen der ganzen Wundhöhle mit feuchten Sublimattupfern täglich zweimal. Zunächst entschieden Rückgang der stinkenden Sekretion bei allgemeinem Wohlbefinden. Am 12. Januar 1912 zuerst starkes Erbrechen, schlechtes Allgemeinbefinden, Temperatur steigt langsam am 14. Januar auf 39. Seit 18. Januar Untertemperatur; der Kranke liegt in tiefem Schlaf, fast ohne Bewußtsein, zeitweise starke Unruhe. Tod am 24. Januar unter den Zeichen einer allgemeinen Hirnhautentzündung. Sektion nicht möglich, da Arzt abwesend.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Über einen der bei den Eingeborenen im allgemeinen so seltenen Selbstmordversuche schreibt Stabsarzt Geisler aus Neu-Langenburg:

»Aus Furcht vor Strafe versuchte ein Eingeborener sich selbst zu entleiben, indem er eine alte, abgebrochene, stumpfe und ganz verrostete Messerklinge sich mehrmals in den Bauch stieß. In der Mittellinie, etwas oberhalb des Nabels, gelang es ihm, die ganzen Bauchdecken zu durchtrennen, so daß durch die etwa 4 cm lange Öffnung Netz und eine Dünndarmschlinge heraustrat. Dann war er vornübergefallen, so daß die ausgetretenen Teile mit Schmutz und mit Sand imprägniert waren. Trotz sorgfältiger Reinigung, Unterbindung blutender Gefäße, Abtragung eines Teiles des Netzes und Injektion von Kampheröl in die Bauchhöhle, trat Bauchfellentzündung auf, der er erlag.«

Einen Fall von perforierender Verletzung der Bauchwand beschreibt Stabsarzt Dr. Engeland, der Leiter des Sewa-Hadji-Hospitals in Daressalam:

»Ein Neger (Mpogoro) wurde am 20. Oktober 1911 in das Sewa-Hadji-Hospital gebracht mit einer Verletzung der Bauchwand. Er ist vor 5 Tagen mit einer spitzen Holzstange von einem anderen Neger in die linke Bauchseite gestoßen worden. Unter dem linken Rippenbogen befindet sich eine kleine Wunde, aus der ein schwarzes, wurstförmiges, stinkendes Gebilde in etwa 30 cm Länge hervorragt, das sich bei näherer Untersuchung als Netzstück erweist. Der Unterleib ist weich, nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich, außer in der nächsten Umgebung der Wunde. Kein Erbrechen. Stuhlgang ist angeblich erfolgt. Die etwa 3 cm lange Hautwunde wird erweitert. Die Wunde durchsetzt die Bauchwand in schräger Richtung; das Netzstück ist in der Wunde mit deren Wänden verklebt. Das Netz wird hervorgezogen, abgebunden und etwa 5 cm oberhalb der gangränösen Stelle abgetragen, teilweise Naht, Dränage; nach 7 Wochen Heilung. Die Temperatur kam in den ersten Tagen bis 38,9° C.«

Eine Verwundung durch ein Wildschwein sah Stabsarzt Dr. Neubert in Lindi:

»Am 9. September wurde ein Arbeiter der Pflanzung Mitwero ins Hospital eingeliefert, der bei dem Versuche, ein angeschossenes Wildschwein (Buschschwein) mit der Axt zu erschlagen, von diesem angenommen und übel zugerichtet worden war. Es fanden sich mehrere tiefe Fleischwunden an Ober- und Unterschenkeln, Bauch und Armen. Außerdem aber hatte das wütende Tier dem Mann die linke Achillessehne zerrissen und, wohl mit einem Hieb seiner Hauer, das rechte Handgelenk von der Ulnarseite her aufgerissen, so daß sämtliche Beugesehnen mit Ausnahme des Flexor carpi radialis, ferner der Ulnaris- und Medianusnerv zerrissen waren, und außerdem das Gelenk derartig eröffnet war, daß man die Hand mit der Dorsalseite fast bis auf den Unterarm zurückklappen konnte. Die Wunden waren natürlich mit Schmutz und Grasteilen stark verunreinigt. Zunächst wurden nach sorgfältiger Desinfektion die ungefährlichen Fleischwunden feucht verbunden; dann wurde die Achillessehne genäht und schließlich die sehr schwierige Vereinigung der zerrissenen Handgelenkssehnen vorgenommen. Die Operation mußte unterbrochen werden, da der Mann in der Narkose kollabierte. Sie wurde am nächsten Morgen fortgesetzt, und zwar ohne Narkose. Die Vereinigung der tiefen Fingerbeuger gelang relativ gut, die der oberflächlichen sehr schlecht, da von diesen etwa 3—4 cm lange Stücke der Sehnen fehlten. Auch vom Ulnaris fehlte ein erhebliches Stück am zentralen Ende; diese Stücke müssen von dem Tier direkt mit den Zähnen herausgerissen worden sein. In der Folge stießen sich noch große Fetzen nekrotischer Sehnen ab, und der Enderfolg wird wohl der sein, daß die Beugung der Finger zum großen Teil unmöglich sein wird.

Die Achillessehne hat zwar auch noch einige nekrotische Fetzen verloren, wird aber wieder gebrauchsfähig werden.«

Eine alte Schußwunde sah Stabsarzt Dr. Grothusen in Bukoba:

»Ein Mhaiamann hatte vor 15 Jahren einen Schuß in das Becken erhalten. Seitdem bestand eine eiternde Fistel in der rechten Leistenbeuge. Bei der Operation wurde das Geschoß, eine Bleikugel von 1,2 cm Durchmesser, im großen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Becken, etwa in der Mitte derr echten Linea innomminata des Darmbeins, gefunden und entfernt.«

Über gewaltsame Todesursachen schreibt Stabsarzt Dr. Geisler aus Neu-Langenburg: »Durch Blitzschlag kommen alljährlich besonders im Kondeoberland, wo das hohe Gebirgsmassiv des Rungwe viele Gewitter zur Bildung kommen läßt, eine ganze Anzahl Eingeborener um.

Ferner werden immer noch Eingeborene beim Wasserschöpfen, Baden oder Passieren eines Flusses von Krokodilen gefaßt. Der Leichtsinn, mit dem die Eingeborenen, die an solchen Flüssen wohnen, die Gefährlichkeit der Krokodile mißachten, ist erstaunlich.

Weiter fordern auch die in der Regenzeit oft sehr stark angeschwollenen und reißenden Flüsse, bei dem Mangel an Brücken, bei dem Versuche, sie zu passieren, manche Opfer.«

16. Hirnabszesse.

Hierüber liegen zwei Berichte vor.

Stabsarzt Dr. Geisler schreibt aus Neu-Langenburg:

»Eine Eingeborenenfrau wurde unter der Angabe, daß sie von einer anderen vergiftet sei, schwer krank eingeliefert. Alle Anzeichen ließen auf eine Hirnerkrankung schließen. Die Sektion ergab einen etwa apfelgroßen Abszeß im rechten Schläfenlappen.«

Über einen Kleinhirnabszeß berichtet Stabsarzt Dr. Marshall aus Tabora:

»S., 20 Jahre alt, Mganda, als Boy bei einem Europäer beschäftigt, war drei Wochen vor seiner Aufnahme unter Trübung des Bewußtseins und starkem Kopfschmerz erkrankt. Er wird in schwerbesinnlichem Zustand eingeliefert und schreit andauernd laut. Es bestanden ausgesprochene Symptome des Hirndruckes, vor allem Pulsverlangsamung (48 Schläge in der Minute), dabei kein Fieber. Es wurde eine Hirngeschwulst angenommen. Nach 2 Tagen starb der Mann. Die Sektion ergab starke Blutüberfüllung in der harten Hirnhaut, Hydrocephalus internus und einen taubeneigroßen Abszeß in der linken Kleinhirnhälfte, dessen derbe Wandung auf ein längeres Bestehen hinwies. Nachträglich gab der Dienstherr des Verstorbenen an, daß der Boy vor etwa 2 Jahren an einer linksseitigen Mittelohrentzündung erkrankt gewesen sei.«

17. Schlangenbiß.

Über die Folgen von Schlangenbiß schreibt Stabsarzt Dr. Marshall aus Tabora:

»D., 10 jähriges Mtussimädchen aus Unyankulu, war Mitte April angeblich von einer Schlange gebissen worden. Das Kind hatte abends beim Betreten einer Hütte einen stechenden Schmerz im linken Fuß verspürt, der von den Eltern auf den Biß einer Giftschlange zurückgeführt wurde. Obwohl niemand die Schlange gesehen hatte, wurde der Unterschenkel sofort dicht über dem Knie abgebunden; die abschnürende Signatur blieb 2 Tage (!) liegen. Es stellte sich eine totale Grangrän des Unterschenkels ein, mit der das Kind am 9. Mai 1911 dem Hospital überwiesen wurde. Die Haut des Unterschenkels war im Verlauf der unteren zwei Drittel in eine geschwürige, aashaft stinkende Fläche verwandelt, der Fuß fehlte, am unteren Ende ragten Tibia und Fibula als nekrotische Knochen aus der Geschwürsfläche hervor. Am 13. Mai Absetzung des Unterschenkels dicht unterhalb der tuberositas tibiae im Bereich der oberen Epiphyse. Regelrechter Heilungsverlauf mit direkter Verklebung der Wundränder; am 10. Juni wurde das Kind mit festem, auf Druck absolut schmerzfreiem Stumpf entlassen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Sicherlich ist die Gangrän eine Folge der langen Abschnürung des Beines gewesen, selbst wenn wirklich der Biß einer Giftschlange vorhergegangen sein sollte.

Ich habe gelegentlich meiner Impfreisen bei Negern öfters Verstümmelungen von Gliedmaßen gesehen, die auf Schlangenbiß zurückgeführt wurden. Ohne Zweifel sind diese schweren örtlichen Folgen erst durch eine entsprechende »Behandlung« veranlaßt worden.«

18. Idiosynkrasie gegen Quecksilber.

Darüber berichtet Oberarzt Dr. Wolff aus Lindi:

»Bei zwei Indern bot sich Gelegenheit zu beobachten, welche schweren Erscheinungen bisweilen geringe Mengen von Quecksilber verursachen können.

In dem einen Falle ließ sich ein Baniane gegen ein Ekzem in der hiesigen Apotheke graue Salbe geben, wohl weil der Apotheker dasselbe für syphilitisch hielt. Nach nur 4 Einreibungen erkrankte er an einer heftigen Stomatitis mercurialis mit eitrigem Zerfall des Zahnfleisches, starker Salivation und Drüsenschwellung, so daß er mehrere Tage nur geringe Mengen flüssiger Nahrung zu sich nehmen konnte. Unter ärztlicher Behandlung trat nach 10 Tagen Heilung ein.

Weit schlimmer erging es einem anderen Inder, der sich, ebenfalls in der Apotheke, gegen Verstopfung Kalomeltabletten kaufte. Er nahm am Nachmittag eine Tablette zu 0,3 Kalomel, hatte auch Stuhlgang danach, doch stellte sich bereits in derselben Nacht ein heftiger Speichelfluß ein. Der Zustand verschlimmerte sich unter Schwellung des Zahnfleisches, so daß er ärztliche Behandlung aufsuchen mußte, die ebenso wie in dem ersten Falle in Pinselungen mit 3 prozentiger Chromsäurelösung und Spülung mit dünner Kalium-permanganicum-Lösung bestand. Trotzdem wurde zunächst die Schwellung stärker, ja ergriff auch die Wangen-, Gaumen- und Zungenschleimhäute, die teilweise eitrig zerfielen. Der Kranke hatte Fieber und sehr heftige Schluckbeschwerden, so daß er 2 Tage lang nur wenige Löffel Milch zu sich nehmen konnte. Erst nach 8 tägiger Behandlung konnte der Inder entlassen werden.

Namentlich der letzte Fall, in dem erwiesenermaßen nur 0,3 Kalomel diese heftige Stomatitis erzeugte, zeigt eine seltene Idiosynkrasie gegen Quecksilber.«

19. Berichte über Behandlung mit Salvarsan.

Über Salvarsan bei Rückfallfieber berichtet Stabsarzt Dr. Geisler aus Neu-Langenburg:

»Salvarsaninjektionen wurden wegen Rückfallfieber bisher 3 gemacht. Einmal bei einem älteren Sudanesen, der frisch ins Land gekommen war und in regelmäßigen Zwischenräumen 6 Fieberanfälle bekommen hatte, in denen jedesmal Rekurrensspirillen nachzuweisen waren.

Er erhielt 0,25 Salvarsan während eines Fieberanfalles intravenös, bekam 2 Stunden später einen Schüttelfrost mit kurzem Temperaturanstieg auf 39°. 8 Tage darauf trat wieder ein neuer Fieberanfall ein, nach weiteren 14 Tagen erfolgte ein zweiter Anfall, nach weiteren 12 Tagen ein dritter Anfall; stets konnten Spirillen nachgewiesen werden. Schließlich wurde nochmals eine intravenöse Salvarsaninjektion 0,5 gemacht, über deren Erfolg noch nicht berichtet werden kann.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die beiden anderen Fälle, Kind von 12 Jahren, Junge von 18 Jahren, wurden mit 0,3 bzw. 0,4 Salvarsan intravenös behandelt, ohne daß ein weiterer Rückfall auftrat. Jedoch konnte ich an anderen gleichzeitig und an demselben Ort Erkrankten beobachten, daß auch ohne jede Behandlung nur ein einziger Anfall von 3 bis 4 tägiger Dauer auftrat, so daß ein Urteil über die Wirkung des Salvarsans bei Eingeborenen recht schwer sein wird.

Eine Dosis von 0,25 für einen Erwachsenen erscheint aber jedenfalls zu gering.«

Über Salvarsan bei Rückfallfieber berichtet ebenfalls Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba:

»Die Wirkung des Salvarsans zeigten 2 gleichzeitig erkrankte europäische Frauen. Während die eine aus äußeren Gründen unbehandelt blieb, erhielt die andere während des ersten Anfalls eine Salvarsaninjektion von 0,6 ccm. Diese bekam keinen weiteren Anfall mehr, während bei der nicht mit Salvarsan behandelten im ganzen noch 4 weitere Anfälle auftraten.«

Über Salvarsanwirkung bei menschlichen Spirillosen berichtet Stabsarzt Dr. Neubert aus Bukoba:

»Von vielen Seiten ist schon über die eminent günstigen Wirkungen des Salvarsans bei den Spirillosen berichtet worden. Auch ich kann nach meinen hier gesammelten Erfahrungen sagen, daß wir im Salvarsan ein Mittel besitzen, das in vielen Fällen geradezu verblüffende Heilwirkungen entfaltet. Gewiß kommen auch Fälle vor, bei denen selbst dieses Specificum versagt, und äußerste Vorsicht ist bei der Verwendung des Mittels immer notwendig. Es sei mir gestattet, über einige von mir behandelte Fälle verschiedener Spirillenkrankheiten kurz zu berichten.

In bezug auf die Technik der Injektionen will ich bemerken, daß ich dieselben zunächst intramuskulär vornahm, dann intravenös; diesen Modus behielt ich dann bei, nachdem ich mich überzeugt, daß sein Erfolg bei weitem schneller und durchschlagender war als der erste. Injiziert wurden 0,4—0,6, aufgelöst in 150 ccm physiologischer Kochsalzlösung, die erst kurz vor dem Gebrauch abgekocht und filtriert wurde. Die Lösung wurde dann mit 15 % Natronlauge alkalisiert, bis ein leichter Niederschlag sich zu bilden begann, und schließlich zu 300 ccm Na-Cl-Lösung aufgefüllt; diese Lösung, welche vollkommen klar sein mußte, wurde unter den notwendigen aseptischen Kautelen in die Venen der Beugeseite des Unterarms infundiert.

Fall 1. 35 jähriger Mhaiamann mit florider Frambösie. Besonders Gesicht und behaarter Kopf, aber auch der ganze übrige Körper besät mit den charakteristischen, zum Teil mit Schorf bedeckten Geschwüren; Infusion von 0,4 Salvarsan. Nach 3 Tagen waren die offenen Geschwüre sämtlich absolut trocken, der größte Teil sogar schon überhäutet. Unter den Schorfen, die sich sehr leicht ablösen ließen, erschien überall gesunde Haut. Der Mann ging dann leider aus der Behandlung und ließ sich nicht wieder sehen. Der ganz frappante Erfolg in der doch nur verschwindend kurzen Zeit spricht meines Erachtens aber durchaus dafür, daß hier mit einer einzigen Infusion die Therapia magna sterilisans erreicht war.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Fall 2—3. Betraf 2 ganz gleichartige Unterschenkelgeschwüre, deren Ätiologie auf Lues zurückzuführen war. Die Geschwüre waren etwa von Handflächengröße und bestanden angeblich schon mehrere Jahre. Die betreffenden Patienten, 15 und 25 Jahre alt, hatten die schmierigen, stinkenden Wunden schon lange Zeit mit Eingeborenenmedizin behandeln lassen, doch ohne den geringsten Erfolg.

Die Wunden wurden nur oberflächlich von dem gröbsten Schmutz, Eiter und gangränösem Gewebe gereinigt und mit einem Schutzverband versehen; dann bekamen die Leute je 0,4 Salvarsan intravenös.

Jeden 2. Tag wurden die Geschwüre nachgesehen und mit neuem Trockenverband bedeckt, ohne jedes Medikament. Der jüngere, kräftigere Patient war nach 14 Tagen geheilt und konnte entlassen werden. Der zweite, dessen körperlicher Zustand etwas zu wünschen übrig ließ, brauchte zur Heilung 28 Tage, und die Überhäutung der Wunde mußte bei ihm in der letzten Behandlungswoche durch lokale Behandlung mit Arg.-nitr.-Perubalsamsalbe unterstützt werden.

Fall 4—5. Zwei Prostituierte, die schon seit April 1911 sich in Lazarettbehandlung befanden, mit luetischen Geschwüren am Scheideneingang und am Muttermund, die jeder Behandlung trotzten. Mehrmals begonnene Schmier- und andere Quecksilberkuren mußten nach kurzer Zeit immer unterbrochen werden, weil sich jedesmal hochgradige Mercurialstomatitis einstellte.

Das eine Weib, kräftig, 30 Jahre alt, bekam am 10. und 12. November 0,6 g Salvarsan. Nach wenigen Tagen begannen schon die Ulcera, die vorher absolut keine Heilungstendenz gezeigt hatten, gesunde Granulationen zu bilden. Die lokale Behandlung, welche in einer täglichen Einpuderung mit Jodoform bestand, wurde daneben weitergeführt.

Ich konnte, da ich auf Dienstreise ging, den Verlauf nicht weiter beobachten; das Weib wurde jedoch nach 24 Tagen geheilt entlassen, nachdem es vorher 7 Monate vergeblich behandelt worden war. Der zweite, ganz gleiche Fall betraf ein 16 jähriges Mädchen, das ebenfalls schon seit 6 Monaten in Behandlung war, ebenfalls wegen Stomatitis. mercur. nur mit großen Unterbrechungen mit Quecksilber behandelt werden konnte, und deren Ulcera in ganz ähnlicher Weise wie bei der vorigen von jeder Therapie unbeeinflußt blieben. Dieses Weib erhielt 0,5 g Salvarsan (es ging beim Ansetzen des Mittels ein Bruchteil verloren, das Röhrchen enthielt 0,6 g). Der Verlauf war ganz der gleiche wie im vorigen Fall, und das Weib wurde am gleichen Tage geheilt entlassen.

Diesen noch als glänzend zu bezeichnenden Wirkungen stehen nun andere Fälle gegenüber, bei denen der Erfolg sehr zu wünschen übrig ließ.

Fall 6. 25 jähriges Mhaiaweib mit Schankergeschwür am Harnröhreneingang. Lokale Behandlung ohne jeden Einfluß. Dezember 1911 0,6 g Salvarsan intramuskulär; keinerlei Erfolg. Am 3. und 4. Dezember 0,4 g Salvarsan intravenös; daneben gingen Einpuderungen des Ulcus mit Kalomel. Es zeigte sich auch hier keine Veränderung. Ist seit 5 Monaten in Behandlung, und das Ulcus sieht noch fast ebenso aus wie beim Beginn. An der Diagnose Lues ist nicht zu zweifeln da sie auch mikroskopisch erhärtet werden konnte. Betreffs anderer Therapie möchte ich erwähnen, daß Quecksilber nicht vertragen wird, wie das bei der hiesigen Bevölkerung sehr häufig beobachtet wird, und mit Jodkali noch kein Versuch gemacht worden ist.

Fall 7. 30 jähriges Weib mit Gonorrhöe und pfennigstückgroßen luetischen Ulcera am Scheideneingang. Bekam im Februar 1912 0,4 und am 3. April 1912 0,6 g Salvarsan intravenös. Daneben lokale Behandlung der Ulcera mit Tct. Jodi, Jodoform. Nach der ersten Injektion absolut keine Beeinflussung. Nach der zweiten heilte das eine Ulcus ziemlich schnell zu, das andere jedoch blieb noch lange Zeit ohne Heilungstendenz; erst fortgesetzte lokale Behandlung mit Ätzungen und Einpuderungen mit Jodoform, dann die Vornahme einer Schmierkur brachten auch dieses nach 34 Tagen zur Heilung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Fall 8. 30 jähriges Mhaiaweib, seit einem Jahr im Hospital in Behandlung wegen Lues; bekam nach einer Spritze Hydrarg. salicyl. eine schwere Stomatitis, die mehrere Monate dauerte. Manifeste Symptome: Mehrere kleine Ulcera im Vestibulum, durch lokale Behandlung vollkommen unbeeinflußt. Das Weib kam durch Lues und Stomatitis ziemlich herunter und war im März 1912 stark abgemagert. Ich beschloß endlich, auch bei ihr Salvarsan zu versuchen, und infundierte 0,3 g nachmittags 4 Uhr; abends soll nach Aussage ihrer Genossinnen das Weib noch vergnügt gewesen sein und auf dem Markt sich ergangen haben; am nächsten Morgen war es gestorben. Nachts um 4 Uhr soll der Tod eingetreten sein. Die Sektion ergab eine braune Atrophie des Herzens, sonst keinen bemerkenswerten Befund. Ich wage nicht zu entscheiden, ob in diesem Falle der Tod durch das Salvarsan herbeigeführt worden ist — das ich ohnedies schon mit Rücksicht auf den geschwächten Körperzustand in viel geringerer Dosis als sonst, kaum der halben, eingespritzt hatte — oder ob ein rein zufälliges Zusammentreffen vorliegt; kann mich aber des Gedankens nicht erwehren, daß in vorliegendem Falle selbst die geringe Menge des Mittels auf den pathologisch bereits sehr veränderten Herzmuskel eine stark schädigende Wirkung ausgeübt und zum mindesten den Tod beschleunigt hat.

Fall 9. Europäer: Recurrens.

30. März abends Fieberanfall; 31. März nachmittags Salvarsan 0,4 g intravenös; 1. April Fieber und Spirillen verschwunden. Entlassen. 8 Tage später zweiter schwerer Anfall, 4 Tage lang (ich war von der Station abwesend und konnte ihn nicht beobachten). Einige Tage (3—4) angeblich fieberfrei; dann ein weiterer 3 tägiger Anfall; darauf 3 Tage fieberfrei, dann nochmals ein 2 tägiger Anfall, in dem ich den Kranken wieder in Behandlung bekam. Im Blut waren ziemlich spärlich Spirillen. Subjektives Befinden ganz außerordentlich schlecht, starker Kopfschmerz, sehr starke Abmagerung (in 3 Wochen 32 Pfd.). Augenblicklich ist Patient fieberfrei und fühlt sich relativ wohl.

In diesem Falle hat also die intravenöse Infusion anscheinend vollkommen versagt; der erste Anfall wurde allerdings sofort durch das Mittel kupiert, so daß eine gewisse Wirkung zugegeben werden muß, und trotzdem traten noch 9 Tage lang eine Reihe von neuen schweren Anfällen in Erscheinung. Ich will dabei allerdings noch die Frage offenlassen, ob es möglich ist, so kurz nach einer Salvarsaninjektion eine Neuinfektion zu erwerben; denn der betreffende Patient hat, wie er mir versicherte, sich kurz, nachdem er vom ersten Anfall genesen war, noch zwei Ornithodorus vom Körper abgelesen. Die Zeit von 8 Tagen aber, in der noch dazu mindestens 2—3 Tage lang Salvarsanwirkung im Blute vorhanden, also meines Erachtens eine Neuinfektion unmöglich war, scheint mir doch zu kurz, um die folgenden Anfälle für eine neue Krankheit anzusprechen, und so spricht wohl die größere Wahrscheinlichkeit dafür, daß vorliegender Fall eben zu den 10 % aller mit Salvarsan behandelten Recurrens gehörte, die nur wenig oder gar nicht beeinflußt werden. Wodurch das kommt, dafür weiß man wohl keine Erklärung.

Was die Nebenwirkungen anlangt, so traten in den meisten Fällen 5—10 Stunden nach der Injektion Fiebersteigerungen bis 39° auf — in einem Falle, intravenös 0,6 g, sogar bis 40° —, die aber ebenso schnell wieder verschwanden.

Oberstabsarzt Dr. Lott berichtet aus dem Gouvernementskrankenhause in Tanga folgendes:

»Im Berichtsjahr wurden im Europäer- und Eingeborenenhospital Tanga gegen 100 Salvarsaninjektionen ausgeführt; 20 fielen auf die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

europäische Klientel, die übrigen betrafen Farbige. Während nun die Europäer durchweg wegen Lues mit dem Ehrlichschen Mittel behandelt wurden, diente es bei den Farbigen hauptsächlich zur Bekämpfung schwerer Frambösie.

Da sich bei intramuskulärer und subkutaner Injektion selbst bei einwandfreier Technik schmerzhafte Infiltrationen und Nekrosen oft nicht vermeiden ließen, haben wir in letzter Zeit ausschließlich der intravenösen Infusion wegen ihrer schnelleren und intensiveren Heilwirkung vor den anderen Applikationsarten den Vorzug gegeben. Diesen Vorteilen gegenüber kommt die etwas größere Schwierigkeit nicht in Betracht.

Bei der Zubereitung der Lösung sind wir folgendermaßen verfahren: Das Salvarsan wird in einem sterilen Porzellanschälchen mit 15 %iger Natronlauge verrieben und dann mit 300 ccm steriler physiologischer, selbstbereiteter Kochsalzlösung verdünnt. Wolkige Trübungen, die sich hin und wieder einstellen, ließen sich durch Zusatz einiger Tropfen Natronlauge stets sofort beseitigen. Gebraucht man beim Abgießen des Salvarsans aus dem Porzellanschälchen in die Infusionsbürette nur einige Vorsicht, so ist es ganz ausgeschlossen, daß Glassplitter in die letztere und damit in den Blutkreislauf gelangen. Wir halten deshalb auch ein Filtrieren der Lösung für ein durchaus überflüssiges und das Verfahren komplizierendes Vorgehen. Da wir nur mit einer sehr primitiven Infusionskanüle ausgerüstet waren, haben wir uns fast stets eine durch zentrale Kompression gestaute Vene in der Ellenbeuge durch einen kleinen Einschnitt zu der Infusion freigelegt. Der kleine Eingriff, der durch Verwendung von Äthylchlorid nahezu schmerzlos gemacht werden kann, wird auch ohne lokale Betäubung anstandslos vertragen. Er gewährt den großen Vorteil, daß man die Vene fixieren, unter Leitung des Auges die Kanüle einführen und ihre Lage jederzeit korrigieren kann. Einen Versager haben wir bei Verwendung dieser Hilfsoperation nur einmal erlebt. Nach Beendigung der Infusion wird die Vene zentral und peripher unterbunden und die Hautwunde mit 2 Seidennähten geschlossen. Der Patient hat selbst zur Vermeidung von Komplikationen an diesem Tage strikte Bettruhe innezuhalten. Schädigungen sind denn auch, von den bekannten, von Schüttelfrost begleiteten Temperaturanstiegen am Infusionstage abgesehen, nicht von uns beobachtet worden. Bereits am Tage nach der Infusion waren sämtliche Behandelte absolut beschwerdenfrei.

Die zur Verwendung kommenden Salvarsanmengen betrugen zwischen 0,5 und 0,6 g, je nach Kräftezustand und Konstitution des Patienten. Über die Wirkung des Salvarsans auf syphilitische Prozesse ist nichts Neues zu berichten. Während das Ehrlichsche Mittel bei der Lues im Quecksilber noch einen durchaus nicht aus dem Felde geschlagenen Konkurrenten besitzt, ist es für die Frambösie als das absolut souveräne Medikament anzusehen. Wie oft haben wir es früher mit hartnäckigen Formen dieser Erkrankung zu tun gehabt, die monatelang fortgesetzten Hg.-Kuren trotzten, und endlich beseitigt, binnen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

kurzem rezidivierten. Dem Salvarsan gegenüber scheint es ein solches refraktäres Verhalten der Frambösie nicht zu geben. Die Schnelligkeit, mit der umfangreiche Produkte (Wucherungen, Geschwüre) eine Rückbildung und völlige Restitutio ad integrum erfahren, ist wohl beispiellos. Am Tage nach der Injektion sind die Wucherungen sukkulenter, bluthaltiger. Sie zeigen also eine Art Herxheimersche Reaktion. Schon am 2. Tage beginnen sie zu trocknen, zu schrumpfen und sich zu Borken zu verwandeln. Spätestens am 5. Tage ist der Heilungsprozeß beendet, und nur der Pigmentmangel kennzeichnet die neugebildete Haut als ehemaligen Sitz eines geschwürigen Prozesses. Später pflegen übrigens gerade diese Stellen durch Pigmentanhäufung eine dunklere Tönung als die Umgebung anzunehmen.

Bei farbigen Arbeitern pflegen wir die definitive Heilung nicht abzuwarten, sondern senden, des Erfolges sicher, die Leute bereits am 2. Tage nach der Injektion zu ihren Arbeitgebern zurück. Von letzteren wird auf Grund ökonomischer Erwägungen — Abkürzung des Ausfalles der Arbeitskraft — die Überlegenheit des Mittels durchaus gewürdigt. Häufig gehen uns frambösiekranke Leute von Pflanzungen mit der Bitte zu, sie mit Salvarsan zu behandeln.

Rückfälle haben wir bisher noch nicht beobachtet; jedoch ist die Beobachtungszeit — soweit man bei fluktuierendem Material davon sprechen kann — noch zu kurz, um über diesen Punkt ein Urteil zu gestatten.«

Über einen mit Salvarsan behandelten Fall von frischer Syphilis berichtet Oberarzt Dr. Petzoldt aus Muansa:

»Am 20. April 1911 kam ein Europäer in die hiesige Poliklinik mit einem pfennigstückgroßen Ulcus durum, in dessen Reizserum sich zahlreiche Syphilisspirochäten mit Giemsalösung und mit chinesischer Tusche schön darstellen ließen, und mit einer beginnenden Roseola auf der Brust. Die Initialsclerose bestand nach den Angaben des Patienten seit etwa Ende Februar. Sämtliche palpablen Drüsen zeigten mäßige Anschwellung. Der Krankheitsverlauf und Behandlung waren folgende:

21. April vormittags 10 Uhr intramuskuläre Injektion von 0,6 g Salvarsan (0,6 g Salvarsan auf 6 ccm sterilisierten Paraffins fein verrieben) in die rechte obere äußere Glutäalgegend. Temperatur normal. Bettruhe, Prießnitz. Nachmittags 3 Uhr mäßige Schmerzen in der Injektionsgegend; Temperatur 38,2, abends 8 Uhr 39,0, 10 Uhr 40,0. Die Roseola hat sich jetzt über den ganzen Körper ausgebreitet, die einzelnen Flecke sind von lividroter Farbe, vor allem ist der Kopf stark affiziert, und der Ausschlag zeigt dort ein marmoriertes Aussehen. In einem abends 9 Uhr entnommenen dicken Blutstropfen ist eine Spirochaete pallida nachweisbar (ein verhältnismäßig seltener Befund). Patient macht einen schwerkranken Eindruck, er ist sehr aufgeregt und klagt über heftige Kopfschmerzen. Puls 120, kräftig. 2 g Phenacetin. 22. April Befinden besser. 7 Uhr früh 38,1, 9 Uhr 37,0. Die Injektionsgegend leicht gerötet, etwas schmerzhaft. Ausschlag unverändert. Früh 11 Uhr 38,4. Am Rumpf haben sich neue lividrote Flecken gebildet. Abends 7 Uhr 37,5; 9 Uhr 39,6. In die freigebliebenen Hautpartien ist eine neue Eruption dunkellividroter Flecke hineingeschossen, so daß der ganze Körper vom Exanthem überflutet ist. Patient fühlt sich schwerkrank, er macht den Eindruck einer schweren Infektion. Puls 120, kräftig. 23. April früh 7 Uhr Temperatur 36,6. Befinden gut. Die Rötung und Schwellung an der Injektionsgegend ist verschwunden, es besteht noch mäßige Druckempfindlichkeit. Der Ausschlag hat schon viel von seiner lividroten Farbe verloren. Das

Ulkus hat sich gereinigt, rote Granulationen; von der Peripherie her schiebt sich weiße Epidermis vor. Abends 7 Uhr Temperatur 37,1. 24. April Temperatur dauernd unter 37,0. Der Ausschlag verblaßt in dem Maße, wie das Ulkus zuheilt. Patient steht auf. 25. April Temperatur normal. Ulkus bis auf Erbsengröße zugeheilt, Exanthem nur in leicht kupferbraunen, etwa linsengroßen Flecken angedeutet. 26. April Temperatur normal. Ulkus überhäutet, Exanthem nur noch gering nachweisbar. Entlang des Stichkanals bildet sich eine etwa daumenstarke, mäßig schmerzhafte Infiltration. 27. April Temperatur normal. Ulkus völlig vernarbt. An einigen wenigen Stellen bemerkt man noch eine schwachgelbliche Pigmentation. Die Schwellung der Lymphdrüsen ist zurückgegangen. 28. April. Patient wird entlassen, zeigt keinerlei Symptome von Syphilis mehr. Das Infiltrat entlang des Stichkanals besteht noch, ist aber nicht mehr schmerzhaft. 15. Juni. Patient stellt sich wieder vor, völlig symptomlos. Das Infiltrat von der Injektion bedeutend zurückgegangen, keinerlei Schmerzhaftigkeit oder Druckempfindlichkeit mehr. Patient erhält in die entsprechende linke Glutäalgegend 0,4 g Salvarsan in Paraffin gelöst. In den nächsten drei Tagen mäßige Empfindlichkeit, geringe Infiltration entlang des Stichkanals. Patient schließt am 20. Juni eine 4 wöchige Inunktionskur an.

Bemerkungen: Der Fall ist insofern von Interesse, als das Salvarsan alle Erscheinungen der Syphilis prompt in 6 Tagen zum Verschwinden gebracht hat. Das schwere Krankheitsbild der Intoxikation habe ich mir so zustande gekommen erklärt, daß das Salvarsan gerade in dem Augenblick seine Wirkung auf die Spirochäten entfalten konnte, als diese sich anschickten, sich auf dem Wege der Blutbahn im ganzen Körper zu verbreiten, und daß durch die vielen abgetöteten Spirochäten eine große Menge körperfremden Eiweißes zur Resorption gelangte, die die anaphylaktischen Erscheinungen auslöste.

Da in der neueren Literatur Zweifel bezüglich der Dauerwirkung des Salvarsans laut geworden sind, wurde noch eine energische Schmierkur angschlossen.

Die Methode, das Salvarsan in sterilisiertem Paraffinum liquidum fein zu verreiben und dann zu injizieren (intramuskulär), erscheint mir wegen seiner Einfachheit überall da der Nachprüfung wert, wo man aus Mangel an einem geeigneten Instrumentarium die intravenöse Injektion nicht ausführen kann.«

Einen Bericht über Anwendung von Salvarsan bei Bilharzia sandte Stabsarzt Dr. Engeland (Sewa-Hadji-Hospital in Daressalam) ein:

»In der »Deutschen Medizinischen Wochenschrift« Nr. 34 vom 24. August 1911 berichtet Dr. Nikolas Johanides in Kairo über mehrere Fälle von Bilharzia, bei denen nach Salvarsanbehandlung (intravenös) die Eier nach wenigen Tagen aus dem Urin verschwanden. Im hiesigen Eingeborenenhospital wurden 3 Fälle mit Salvarsan (subkutan injiziert unter die Rückenhaut) behandelt. In einem Fall blieb der Befund unverändert, in 2 Fällen wurden die Erscheinungen von seiten der Blase beseitigt.

Fall 1. 24. Oktober. Neger. Starke Blasenblutung, reichliches eitriges Sediment, im Urin reichlich Eier mit Endstachel. Injektion von 0,6 Salvarsan. 27. Oktober. Wenig verändert. 6. November. Geringes Sediment mit wenig Blutbeimischung, Eier negativ. 13. November. Urin ganz klar, kein Blut, keine Eier. 23. November. Mehrfache Untersuchungen auf Eier sind negativ ausgefallen, Urin ohne Sediment.

Fall 2. 16. Dezember. Neger. Reichliches mit Blut vermischtes Sediment, in dem sehr viel Bilharziaeier. 20. Dezember. Geringe Blutung, sehr viel Eier.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Salvarsaninjektion 0,6. 23. Dezember. Wenig Sediment mit ganz geringer Blutbeimischung. Eier positiv. 27. Dezember. Der gleiche Befund. 2. Januar 1912. Der gleiche Befund; bis Anfang Februar trat keine Besserung ein.

Fall 3. 6. Februar. Neger. Im Urinsediment Eiter, Blut, Bilharziaeier. Injektion von 0,6 Salvarsan. 12. Februar. Sediment sehr viel Blut. Eier positiv. 18. Februar. Desgleichen. 28. Februar. Geringes Sediment ohne Blut. Eier nicht gefunden. 3. März. Geringes Sediment. Eier negativ. 6. März. Desgleichen.«

20. Gutartige Geschwülste.

Dermoid.

Über einen Fall von Dermoid des Mundbodens schreibt Oberarzt Dr. Müller aus dem Gouvernementskrankenhause Tanga (Farbigenabteilung):

»Patient wurde am 18. Oktober 1911 wegen einer Geschwulst des Mundbodens, die angeblich schon seit Jahren bestehen sollte, aufgenommen. In der Mitte des Mundbodens befand sich eine faustgroße Geschwulst, welche in der Submentalgegend von unveränderter gut verschieblicher Haut bedeckt war. Die Geschwulst erstreckte sich nach innen oben bis unter die Mundbodenschleimhaut, die durch sie beträchtlich vorgewölbt wurde. Die Geschwulst fluktuierte, war nicht druckempfindlich, stand mit den Speicheldrüsen in keinem Zusammenhang. Inzision von außen am 18. November 1911 in der Mittellinie. Es entleerte sich ein weißlicher Brei, durch den sich die Geschwulst als Dermoid charakterisierte. Infektion der Geschwulst und starke Eiterabsonderung; da letztere nicht zum Stehen kam, wurde am 27. November 1911 der ganze Geschwulstsack entfernt, die durch Naht verkleinerte Wunde tamponiert. Patient wurde am 5. Dezember 1911 als geheilt entlassen.«

Fibrolipom.

Über Fibrolipomatose berichtet Stabsarzt Dr. Grothusen aus Bukoba:

»Eine 40jährige Mhaiafrau zeigte eine über den ganzen Körper ausgedehnte Fibrolipomatose. Hauptsächlich waren Rumpf und Gesicht befallen. Hier standen die erbsen- bis walnußgroßen Geschwülste teilweise ziemlich dicht. Auf der rechten Stirnhälfte hatte sich ein faustgroßer, das Auge verdeckender Tumor gebildet. An diesem waren entzündliche Vorgänge an der Oberfläche vorgegangen, so daß die Haut vielfach narbig und mit der eigentlichen Geschwulst verwachsen war. Die anderen kleinen Geschwülste waren jedoch von intakter Haut überzogen. Ein Teil von ihnen war mehr lipomatös, ein anderer mehr fibrös. Der große Stirntumor wurde operativ entfernt.

Ein zweiter Fall wurde ebenfalls operiert, bei dem ein apfelgroßer, breitblasig aufsitzender Tumor an der Oberlippe saß. Auch die anschließende Haut der Wange war fibrös entartet.«

Osteofibrochondrom.

Über Osteofibrochondrome schreibt derselbe Sanitätsoffizier aus Bukoba:

»Zwei Osteofibrochondrome sind bemerkenswert. Beide betrafen den Unterkiefer. Der größte war kleinkindskopfgroß. Der Kranke war ein 13jähriger Mhaiaknabe, bei dem die Geschwulst seit drei Jahren allmählich ohne Schmerzen entstanden war.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In diesem Falle mußte mit der Geschwulst die ganze linke Unterkieferhälfte mit dem Gelenkfortsatz entfernt werden. In dem anderen Falle, bei dem die Geschwulst nur faustgroß war, konnte der Gelenkfortsatz geschont werden.

Beide Kranke wurden ohne prophylaktischen Luftröhrenschnitt und ohne Schlundtamponade in sitzender Stellung und Halbnarkose, bei der der Kranke das in den Mund fließende Blut selbst ausspeien konnte, vorgenommen.

Die Resultate dieser Operationen waren sehr gut. Der obenerwähnte Knabe, der die größere Geschwulst hatte, konnte schon am 3. Tage nach der Operation — natürlich sehr gegen meinen Willen, da er durch Schlundsonde zuerst ernährt wurde — Bananen essen.

Bei beiden verzog sich die stehengebliebene Unterkieferhälfte bald nach der entfernten Hälfte hin, in dem Fall mit der kleineren Geschwulst so weit, daß sie fast den stehengebliebenen Gelenkstumpf erreichte.

Den Knaben sah ich $^1/_2$ Jahr nach der Operation wieder. Er sah wenig entstellt aus, wie ein Student mit einer großen Tiefquart. Er konnte alles kauen, und es ging ihm vorzüglich.

Die mikroskopische Untersuchung (im Institut für Schiffs- und Tropenhygiene in Hamburg ausgeführt) bestätigte die Diagnose.«

Fibrom.

Über ein mannskopfgroßes Fibrom bei einer Msukumafrau schreibt Oberarzt Dr. Petoldt aus Muansa:

»Am 14. September 1911 kam von der Taboragrenze eine 30jährige Msukumafrau zum Hospital, um sich eine mannskopfgroße Geschwulst am Halse entfernen zu lassen.

Nach den Angaben der Frau besteht die Geschwulst seit 12 Jahren, in denen sie langsam bis zu ihrer jetzigen Größe herangewachsen ist. Irgend welche Entstehungsursachen (Trauma oder Keloid) konnten nicht nachgewiesen werden. Wie in vielen solchen Fällen, die sich die Eingeborenen nicht erklären können, wurde auch hier die Zauberei als Grund angegeben.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroße gut genährte Person. Von der rechten Halsseite, dicht am rechten Unterkiefer entlang, hängt ein mannskopfgroßer Tumor herab, der infolge seiner Schwere den Kopf der Frau nach vorn rechts zieht. Der Tumor läßt deutlich einen zweifingerbreiten Stiel erkennen, der in der Mitte des rechten Unterkiefers durchzufühlen ist; der Hautansatz des Tumors erstreckt sich jedoch dicht seitlich des rechten Ohres bis zum linken Kieferwinkel, dem unteren Rande der Unterkiefer folgend. Die Konsistenz ist fleischig-hart, die Oberfläche knollig (von der Größe kleiner bis größerer Kartoffeln). Der Tumor ist frei beweglich, jedoch befindet sich zwischen Kieferrand und Geschwulstmassen nur eine schmale Hautbrücke. In dem breiten Stiel des Tumors sind mehrere große Gefäße durchzufühlen, an der Oberfläche sieht man einige große Venen.

Operation am 22. September 1911: nach Umschneidung der Haut provisorische Unterbindung der einzelnen Gefäßstämme und Abtragung des Tumors. Trotz der Unterbindungen war die Blutung sehr reichlich. Der Stiel wurde dicht am Unterkiefer durchschnitten. Die Wunde wurde vernäht; Heilung per primam intentionem.

Befund des frischen Geschwulstdurchschnittes: sehr derbe weiße Stränge mit weicheren gelblichen Partien; beim Schnitt deutliches Knirschen (Kalkeinlagerungen?).

Die Diagnose wurde auf Fibrom gestellt.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lipom.

Über einen Fall von Lipom an der Stirn schreibt Oberarzt Dr. Müller aus dem Gouvernementskrankenhause Tanga (Farbigenabteilung):

»Am 29. März 1912 Aufnahme in poliklinische Behandlung wegen einer Geschwulst oberhalb des linken Auges, die nach Angabe des Mannes drei Jahre bestehen soll.

Befund: Oberhalb des linken Auges im Gebiete der linken Stirnhälfte befindet sich eine ovale, hühnereigroße Geschwulst, über der die unveränderte Haut gut verschieblich ist. Die Geschwulst fühlt sich weich-elastisch an, zeigt weder Lappung noch Fluktuation und verkleinert sich bei Druck nicht. Sie ist mit dem Knochen an einer fünfpfennigstückgroßen Stelle fast verwachsen, im übrigen aber gut gegen ihn verschieblich.

Behandlung: Entfernung der Geschwulst in Braunscher Lokalanästhesie. Die Geschwulst erwies sich als Lipom.

Patient wurde am 5. April 1912 geheilt entlassen.«

Osteom.

Über einen Fall von Epulis mit Knochenkern (?) im Innern schreibt Oberarzt Dr. Müller aus dem Gouernementskrankenhause Tanga (Farbigenlazarett):

»Patientin wurde am 21. November 1911 wegen Geschwulst im Munde aufgenommen. Am Aleveolarfortsatz des rechten zahnlosen Oberkiefers ist eine walnußgroße Geschwulst sichtbar, welche die blaßrote Farbe des Zahnfleisches besitzt, aber derber ist. Ihre Konsistenz gleicht der des Knochens. Die Geschwulst ist beweglich und dünn gestielt. Der etwa federkieldicke Stiel geht in der Gegend des ersten Molarzahns in das Zahnfleisch über. Operative Entfernung der Geschwulst. Die Blutung aus dem Zahnfleisch wird durch Umstechung gestillt. Patientin wird am 7. Dezember 1911 geheilt entlassen. Die Geschwulst besteht aus einem spongiösen Knochenkern, der von einer etwa 1 mm dicken hyalinen Bindegewebshülle umgeben ist.«

Die durch Geheimen Medizinalrat, Professor Dr. von Hansemann vorgenommene Untersuchung ergab folgendes:

»Die Geschwulst hat etwa die Größe einer kleinen Pflaume. Ein Durchschnitt läßt erkennen, daß sie im Innern aus reinem Knochengewebe besteht mit einer zackigen Oberfläche. Auf dieser sitzt eine grau durchscheinende, ziemlich derbe Gewebsschicht, die sich mit dem Messer schneiden läßt.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß der Kern aus normalem Knochengewebe zusammengesetzt ist. Die Schicht über dem Knochen besteht aus straffem und zellarmen Bindegewebe, das an manchen Stellen ausgesprochene hyaline Degeneration aufweist.

Danach handelt es sich also nicht, wie Herr Dr. Müller nach der makroskopischen Betrachtung berechtigt war anzunehmen, um eine Epulis, sondern um ein echtes Osteom, dessen Oberfläche mit einer dicken Schicht Periost bedeckt ist, das durch chronische Entzündung die obengeschilderte Veränderung erlangt hat. Der Tumor ist sicherlich vollkommen gutartig.

Beide Tumoren (nämlich der »Krebs der Eichel« s. 21 »Bösartige Geschwülste« und die vorliegende Geschwulst) stellen Verhältnisse dar, wie sie auch hier zu Lande beobachtet werden. Das Osteom ist wegen seines Sitzes ungewöhnlich. Karzinome der glans penis gehören aber auch in Europa nicht zu den sehr seltenen Erscheinungen.«

Über eine Geschwulst, die sich als Granulom herausstellte, berichtet Stabsarzt Wünn aus Moschi:

»Ein farbiger Arbeiter hatte sich vor einem Monat mit einer Hacke an der linken Fußsohle zwischen der 4. und 5. Zehe verletzt. Aus der kleinen Wunde

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

herauswachsend hatte sich nun eine halbhaselnußgroße Geschwulst gebildet von glatter Oberfläche, blassem Aussehen und harter Konsistenz. Sie wurde mit einem Scherenschlag entfernt, worauf glatte Heilung eintrat.«

Das Untersuchungsresultat durch Geheimrat Professor Dr. von Hansemann war folgendes:

»Die übersandte Geschwulst ist kleinpflaumengroß. Sie wurde in Alkohol gehärtet übersandt, und es läßt sich deswegen über ihre Konsistenz und über ihre Farbe nichts mehr aussagen. Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus derben Bindegewebsfasern, die stellenweise zu größeren Balken miteinander verschmolzen sind. Dieselben sind sehr kernarm. An einigen Stellen finden sich Herde zahlreicher Entzündungsstellen und um diese herum Entwickelung frischeren Bindegewebes. Es handelt sich also um ein sogenanntes Granulom, d. h. eine Entzündungsgeschwulst, das schon länger bestanden haben dürfte. Die Angabe, daß dasselbe aus einer Verletzung hervorgewachsen ist, stimmt mit der mikroskopischen Untersuchung durchaus überein.«

Stabsarzt Dr. Marshall sandte eine durch Operation bei einem Neger gewonnene Geschwulst von Taubeneigröße, die die beiden mittleren Schneidezähne des Unterkiefers durch ihr Wachstum auseinandergedrängt hatte und nach oben in die Mundhöhle hineinragte. Die Untersuchung dieser Geschwulst durch Geheimrat Professor Dr. von Hansemann ergab folgendes:

»Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daß die Geschwulst zum größten Teil aus Knochengewebe besteht. Dieses ist bedeckt von einem derben, im großen und ganzen zellarmen Bindegewebe, das nur einige zellreichere Partien enthält. Das Ganze ist überkleidet mit Mundschleimhaut. Es handelt sich um eine gutartige Geschwulst, die vom Periost ausgegangen ist. Man würde dieselbe als Fibroosteom bezeichnen müssen. Geschwülste dieser Art sind ziemlich selten, kommen aber auch bei uns in Deutschland vor.«

Aus dem Sewa-Hadji-Hospital zu Daressalam (Stabsarzt Dr. Engeland) stammt eine Geschwulst, die von der Wange eines 35 Jahre alten Inders exstirpiert wurde und ihren Sitz zwischen Unterkieferwinkel und Ohr hatte. Sie war von der Konsistenz derben Drüsengewebes. Aus einer Cyste der Geschwulst entleerte sich schleimige Flüssigkeit. Glatte Heilung; nach 6 Monaten kaum sichtbare Narbe.

Über das Untersuchungsergebnis schreibt Geheimrat Professor Dr. Hansemann:

»Es handelte sich hier um eine Speicheldrüsengeschwulst von typischer Beschaffenheit. Dieselbe enthält drüsenartige Gewebe, Knochengewebe und Schleimgewebe. Man hat diese Geschwülste als Chondroadenome bezeichnet, und es besteht eine wissenschaftliche Diskussion darüber, von welchem Teil der Speicheldrüse diese Geschwülste ausgehen. Die Mehrzahl der Untersucher neigt heutzutage dazu, die Geschwülste von den Endothelien abzuleiten. Die Geschwülste sind fast immer gutartig, und selten beobachtet man einen Übergang in Krebs.«

Ebenfalls von Stabsarzt Dr. Engeland wurde eine Geschwulst eingesandt, die von der Regio submaxillaris eines 30 Jahre alten Negers zusammen mit den vorliegenden Drüsen exstirpiert wurde: die Geschwulst, von derber Konsistenz, ließ sich glatt ausschälen.

Geheimrat von Hansemann schreibt, daß sie ebenfalls ein Chondroadenom wie der vorher beschriebene Fall sei und durchaus den Typen entspräche, die auch in Deutschland beobachtet wurden.

Ebenfalls aus dem Sewa-Hadji-Hospital (Stabsarzt Dr. Engeland) stammt ein Stück Leber sowie die Mesenterialdrüsen eines 14jährigen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Mhehejungen. Er kam mit einer stark vergrößerten derben Leber in Zugang. Der untere Rand der Leber war 2 Querfinger breit oberhalb des Nabels fühlbar. Es bestand Ascites. Nach dreiwöchigem Aufenthalte starb der Knabe. Die Erkrankung soll seit einem Monat bestanden haben.

Geheimrat Professor Dr. von Hansemann berichtet über die Untersuchung der Gewebsteile:

»In beiden Organteilen handelte es sich nicht um eine Geschwulstbildung. Die Leber ist eine typische Amyloidleber. Auch in den Mesenterialdrüsen ist ausgedehntes Amyloid enthalten, doch sind letztere außerdem typisch tuberkulös verändert, so daß daraus zu ersehen ist, daß das Amyloid eine Folge einer allgemeinen tuberkulösen Erkrankung ist.«

Von Stabsarzt Wünn aus Moschi wurde eine Geschwulst eingesandt, die aus der Unterlippe eines Burenjungen in Engare Nairobi stammt. Diese Geschwulst saß etwa 1 cm vom rechten Mundwinkel entfernt an der Vorderseite der Unterlippe und soll ungefähr Haselnußgröße erreicht haben. Die Buren bezeichnen sie als »Cancre« und behaupten, daß sie sehr bösartig sei, wenn sie nicht rechtzeitig entfernt werde. Zur Entfernung benutzen sie eine weiße Salbe, die als »Cancresalbe« in den südafrikanischen Apotheken käuflich sein soll.

Nach ihrer Anwendung fällt die Geschwulst ab, eine tief eingezogene Narbe hinterlassend. Auch diese Geschwulst ist so entfernt worden. Der Junge machte sonst einen gesunden Eindruck, irgendwelche Drüsenschwellungen waren nicht fühlbar.

Geheimrat Professor Dr. von Hansemann schreibt darüber:

»Die Konsistenz der Geschwulst läßt sich an dem in Alkohol gehärteten Material nicht mehr prüfen, dürfte aber ursprünglich sehr weich gewesen sein. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß die kleine Geschwulst an der Oberfläche vollständig nekrotisch ist. Auch im Innern der Geschwulst läßt sich eine Struktur nicht mehr erkennen, so daß über die ursprüngliche Natur der Geschwulst eine Aussage nicht mehr gemacht werden kann. Das vollständig zerstörte Gewebe ist stark kleinzellig infiltriert, und zwar durch eingewanderte Leukocyten.

Die mikroskopische Untersuchung stimmt mit den Angaben der Vorgeschichte vollständig überein. Wenn sich auch aus derselben nicht mehr sagen läßt, worum es sich hier handelt, so ist es doch sehr wahrscheinlich, daß es sich um eine der Framboesia ähnliche Geschwulst gehandelt haben dürfte und keineswegs, wie der Name »Cancre« vermuten lassen könnte, um eine krebsige Geschwulst.

Alle Erscheinungen, die man durch das Mikroskop hier sieht, deuten auf die Anwendung einer ätzenden Substanz hin, wodurch die ganze Geschwulst abgestorben ist und dann durch Eiterung sequestriert wurde.«

Stabsarzt Geisler sandte aus Neu-Langenburg eine Geschwulst ein, über die er folgendes berichtet:

»Die in Formalin, dann in Alkohol konservierten Teile der Geschwulst stammen von einer etwa kindskopfgroßen Unterkiefergeschwulst eines etwa 35 Jahre alten Msokiri.

Die Geschwulst saß breit dem mittleren Teile des Unterkiefers auf, das Kinn nach beiden Seiten überragend, und war von fest mit ihrer Unterlage verwachsener, an mehreren Stellen von sezernierenden Fisteln durchbrochener, sonst normal aussehender Haut bedeckt. Sie soll, seit mehreren Jahren bestehend, langsam aber stetig gewachsen sein. Von wo sie ausgegangen ist, läßt sich nicht feststellen, da sie den Unterkiefer auch nach der Mundhöhle zu vorgewölbt hat.

Die Geschwulst fühlt sich fast durchweg knochenhart an; aus mehreren Fisteln entleert sich klares oder mehr eitriges Sekret. Sie besteht im Innern aus lauter von knöchernen oder mehr knorpeligen, verschieden starken Wänden be-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

grenzten Räumen bis zu Walnußgröße. Diese sind zum Teil von derben Zellnestern ausgefüllt, teils sind letztere schon erweitert und haben sich nach außen entleert.«

Über die Untersuchung dieser Geschwulst schreibt Geheimrat Professor Dr. von Hansemann:

»Die Geschwulst hat ungefähr die Größe einer Mandarine und die Form eines Tropfens. Sie ist auf der einen Seite kolbenförmig angeschwollen und läuft auf der anderen Seite mehr spitz zu. An einer Seite ist sie von dunkelbraun gefärbter Haut bedeckt, auf der anderen Seite von einer hellen epidermoidalen Schleimhaut. Auf dem Durchschnitt ist sie zum Teil außerordentlich hart, nämlich an Stellen, wo sie Knochengewebe und Kalkeinlagerungen enthält. Das spitze Ende ist weich und eignet sich deswegen besonders zur mikroskopichen Untersuchung. Man sieht mit bloßem Auge auf der Schnittfläche zahlreiche Cysten von der Größe eines Miliums bis über Erbsengröße. Die Cysten sind zum Teil mit einem in der Härtungsflüssigkeit bröcklich gewordenen Inhalt gefüllt. Andere sind leer, offenbar deswegen, weil der Inhalt beim Durchschneiden des frischen Objektes ausgeflossen ist. Die Geschwulst wurde in Spiritus übersandt und ist infolgedessen farblos.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die Cysten in ein straffes, nicht entzündlich infiltriertes Bindegewebe eingebettet liegen. Die Cysten selbst sind mit einem nicht deutlich verhornten Plattenepithel ausgekleidet. Sie lassen vielfach Sprossen erkennen, die seitlich aus den Cysten herauswachsen. Einige dieser Sprossen verästeln sich weiter. An den Enden sind diese Sprossen etwas kolbig angeschwollen. An einigen kann man sehen, daß die kolbigen Anschwellungen ihrerseits wieder in Cysten übergehen, so daß diese Sprossenbildung als die Weiterentwicklung dieser Geschwulst, die zur Bildung neuer Cysten führt, aufzufassen ist.

Nach ihrer Form muß die Geschwulst als Polykystom bezeichnet werden. Erfahrungsgemäß entwickeln sich solche Geschwülste am Unterkiefer, die auch in Deutschland, wenn auch recht selten, vorkommen, aus zurückgebliebenen, nicht entwickelten Zahnkeimen. Das dürfte auch hier der Fall sein. Die Geschwülste sind gutartig. Es ist zwar beobachtet worden, daß sich aus solchen Karzinome entwickelt haben. Von einer solchen Umwandlung in krebsiges Gewebe ist aber in diesem Falle nichts aufgefunden worden, so daß auch für diesen Fall die Annahme zulässig erscheint, daß die Geschwulst gutartig ist.«

21. Bösartige Geschwülste[1]).

Über einen Fall von Sarkom der Weichteile des rechten Oberschenkels schreibt Oberarzt Dr. Müller aus Tanga:

»Patient wurde am 6. März 1912 aufgenommen. Klagen: Schmerzhafte Schwellung am rechten Oberschenkel, Beeinträchtigung des Gehvermögens, Abmagerung. Die Schwellung soll seit drei Jahren bestehen.

Befund: Schmächtiger, mittelgroßer, magerer, nicht kachektischer Mann. In der unteren Hälfte der Vorderseite des rechten Oberschenkels befindet sich eine straußeneigroße Geschwulst, über der die unveränderte Haut gut verschieblich ist. Die Geschwulst ist etwas druckempfindlich, fühlt sich derb an und läßt sich gegen den Oberschenkelknochen gut verschieben, ist jedoch mit der Streckmuskulatur fest verwachsen. Metastasen nicht nachweisbar.

Operation am 7. März 1912.

Entfernung der Geschwulst und eines Teils der mit ihr verwachsenen Streckmuskulatur.

[1]) Eine zusammenfassende Darstellung der bisher im Schutzgebiet beobachteten und untersuchten gut- und bösartigen Geschwülste enthält die Arbeit »Über Geschwülste in Deutschlands Kolonien« von Stabsarzt Dr. Peiper, erschienen in der »Zeitschrift für Krebsforschung« 1912, dem Organ des Deutschen Zentralkomitees für Krebsforschung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ungestörter Heilungsverlauf.

Am 4. April 1912 ohne Funktionsstörung des Beines geheilt entlassen. Die Geschwulst erwies sich makroskopisch als Sarkom.«

Über einen Fall von Krebs der Eichel schreibt Oberarzt Dr. Müller aus dem Gouvernementskrankenhaus Tanga (Farbigenlazarett):

»Patient wurde am 29. September 1911 wegen der Erkrankung der Eichel, die angeblich mehrere Monate bestehen soll, aufgenommen.

Aufnahmebefund: Eitriger Ausfluß aus dem Vorhautsack, die Vorhaut läßt sich nicht zurückziehen. Die linke Hälfte der Eichel fühlt sich verdickt und verhärtet an; sonst keinerlei Zeichen von Syphilis.

Behandlung: Schmierkur, Jodkali. Da ein Erfolg nicht eintritt, wird die Vorhaut am 11. November 1911 gespalten. Es zeigt sich nun, daß die ganze linke Hälfte der Eichel von einem überwalnußgroßen, tiefen, kraterförmigen, jauchenden Geschwür eingenommen ist, das harte, wallartig erhabene Ränder besitzt. Aus der Wundfläche lassen sich komedonenartige Pfröpfe ausdrücken. Auf den Schaft des Gliedes hat das Geschwür noch nicht übergegriffen. Die Leistendrüsen sind nicht erkrankt. Diagnose: Krebs der Eichel. 15. November 1911 Absetzung des Penis in der Mitte des Schaftes. Am 21. November 1911 wird Patient geheilt entlassen.«

Über die durch Geheimen Medizinalrat Professor Dr. von Hansemann (Deutsches Zentralkomitee für Krebsforschung) erfolgte Untersuchung liegt folgende Mitteilung vor:

»Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine epitheliale Wucherung, die von der zum Teil noch erhaltenen Epidermis ausgegangen ist. Die Wucherung besteht aus Plattenepithelien, die jedoch keine Neigung zur Verhornung aufweisen, also eine ziemlich erhebliche Abweichung in ihrem Verhalten zu der normalen Epidermis erkennen lassen. Diese Plattenepithelwucherung erstreckt sich in die Tiefe, nicht in alveolärer Anordnung, sondern in Form von vielfach miteinander in Verbindung stehenden Zellzügen und Balken. Das Stroma ist im Gebiete der Geschwulst spärlich, unter der Geschwulst so stark mit Entzündungszellen infiltriert, daß es kaum noch zu erkennen ist. Nach der histologischen Untersuchung handelt es sich also um einen ulcerierten und in Entzündung übergegangenen plexiformen Krebs.

Aus dem Gouvernementskrankenhause Tanga (Farbigenabteilung) sandte Oberarzt Dr. Höring ein Stück Lebersubstanz ein, das durch Sektion gewonnen war:

»Es handelt sich um einen in vorgeschrittenem Entkräftungszustande zugegangenen Neger. Nach seiner Aussage ist er früher nie krank gewesen. Auch will er nie an Syphilis gelitten haben. Seit einem halben Jahre bemerkte er, daß sein Leib anschwoll, weshalb er jetzt das Hospital aufsuchte. Ernährungszustand sehr reduziert. An Brustorganen nichts Krankhaftes nachzuweisen. Bei Untersuchung des Leibes fühlt man die Leber stark vergrößert, um 2 Handbreiten den Rippenbogen überragend. Die Leber fühlt sich glatt an und ist mit der Atmung beweglich. Für Abszeß kein Anhaltspunkt. Gleichzeitig bestanden starke Durchfälle, in denen Amoeben nicht gefunden wurden. Patient starb nach 3tägigem Aufenthalt im Hospital.«

Über das Ergebnis der Untersuchung schreibt Geheimrat Professor Dr. von Hansemann:

»Schon makroskopisch bietet das Organstück einen höchst ungewöhnlichen Anblick, indem man hanfkorn- bis erbsengroße, grün gefärbte und dicht gestellte Knoten darin sieht, die ziemlich scharf begrenzt sind. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß es sich um ein typisches Adenokarzinom handelt. Die grüne Färbung rührt davon her, daß in den Hohlräumen des drüsenartig angeordneten Epithels eine gallenähnliche Substanz abgesondert ist. Es handelt sich dabei um ein primäres Adenokarzinom der Leber. Auch solche Geschwülste kommen hier in Deutschland vor, sind jedoch sehr selten. Um so interessanter ist es, daß auch diese seltene Form des Krebses bei Eingeborenen tropischer Gegenden gefunden wird.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

22. Operationen.

Oberstabsarzt Dr. Lott schreibt aus dem Gouvernementskrankenhause Tanga:

Die ausgeführten Operationen wurden fast durchweg in Inhalationsnarkose ausgeführt. Einer ausgedehnten Anwendung der Lokalanästhesie (z. B. nach Braun) stand der Umstand entgegen, daß es sowohl im Stationsinventar als in den obermilitärärztlichen Bestecken an den erforderlichen langen Injektionskanülen fehlte. Die Inhalationsnarkose wurde nach unseren Erfahrungen von Farbigen ausgezeichnet vertragen. An Todesfällen, die auf Konto der Narkose zu setzen sind, haben wir nur einen Fall erlebt. Er betraf einen Bronchitiker, der einige Tage nach seiner Operation wegen Elephantiasis des Hodensackes einer Bronchopneumonie erlag. Auch dieser Todesfall hätte vielleicht bei Verwendung der reinen Chloroformnarkose — der Patient hatte ein Ätherchloroformgemisch bekommen — vermieden werden können. Sonst haben wir mit diesem Ätherchloroformgemisch (2 Teile Äther und 1 Teil Chloroform) nur gute Erfahrungen gemacht. Der geringe Chloroformgehalt verhindert ein Überdosieren dieses gefährlichen Narkotikums und genügt dabei doch zur Erreichung einer ausreichend tiefen Betäubung. Es kann deshalb auch farbigen Narkotiseuren in die Hand gegeben werden. Besteht dagegen Bronchitis oder tritt zu Beginn der Narkose beim Patienten starker Hustenreiz auf, so halten wir es für ratsam, das Gemisch durch reines Chloroform zu ersetzen.

Zur Desinfektion des Operationsfeldes haben wir uns der Grossichschen Methode mit durchaus zufriedenstellendem Resultat bedient. In letzter Zeit haben wir zur Vermeidung von Jodekzemen bei der Applikation am Hodensack die Konzentration der Jodtinktur auf 5% herabgesetzt. Seitdem haben wir stärkere Hodensackentzündungen nicht mehr auftreten sehen. Eine Verschlechterung der Heilung hat der Gebrauch der schwächeren Jodtinktur nicht zur Folge gehabt. Meines Erachtens empfiehlt es sich, bei dem starken Fett- und Ölbelag der Negerhaut dem Jodbestrich eine Benzinabreibung vorauszuschicken, um die Tiefenwirkung des Jods zu verstärken.

Bezüglich der ausgeführten Operationen ist zusammenfassend folgendes zu bemerken:

Leistenbrüche wurden im Berichtsjahr 23 operiert, und zwar 18 erworbene, 5 angeborene. 5 an eingeklemmtem Leistenbruch Leidende kamen zur Operation; von diesen starb einer am folgenden Tage an Herzschwäche. Außerdem kamen 2 Patienten mit freien Leistenbrüchen zum Exitus. Der eine erlag einem Wundstarrkrampf, der andere endlich starb 8 Tage nach der Operation an profusen Diarrhöen bei verheilter Operationswunde.

Die Leistenbruchoperationen wurden alle an Männern ausgeführt, und zwar durchweg nach der Bassinischen Methode. Für die versenkten Nähte wurde Seide angewendet. Ein Herauseitern der Fäden

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

kam nur einmal vor. Rezidive sind uns nicht zu Gesicht gekommen. Schenkelbrüche wurden nicht beobachtet.

An größeren Wasserbrüchen kamen 41 zur Operation. Zahlreiche kleinere wurden mit Jodtinktureinspritzungen behandelt. Bei allen operativen Fällen wurde die Winkelmann'sche Methode angewendet. In manchen Fällen (bei großen Hydrozelen und Kombination der Hydrocele testis mit Hydrocele funiculi spermatici), wo umfangreiche mit tunica vaginalis propria ausgekleidete Hohlräume nach Ausführung des Winkelmannschen Verfahrens zurückblieben, haben wir außerdem noch zur Vermeidung von Rezidiven Resektionen der tunika (Bergmann) oder Raffung derselben (Klapp, Storp) ausgeführt. Trotz sorgfältigster Blutstillung, trotz partieller Tamponade, wurde die Heilung hin und wieder durch Hämatombildung verzögert. Auch bei diesen an sich harmlosen Operationen hat sich ein Todesfall ereignet. Ein Mann starb am 2. Tage nach der Operation unter septischen Erscheinungen. Bei der Operation fand sich ein schwer entzündeter Hoden und Nebenhoden. Es ist möglich, daß durch das Manipulieren an den genannten Organen die lokale Infektion zur allgemeinen geworden ist. Der Obduktionsbefund war vollkommen negativ.

8 Fälle von Elephantiasis des Hodensackes kamen zur Operation. Der eine Patient ging, wie oben geschildert, an Bronchopneumonie zu Grunde. In allen Fällen gelang es, durch Verwendung der seitlichen gesunden Scrotumpartien genügend Haut zur Bildung eines neuen Hodensackes zu gewinnen.

Appendixerkrankungen bei Negern wurden nicht beobachtet. Dagegen wurden 2 Fälle bei Indern operiert, und zwar eine Abszeßinzision und eine Ektomie im Frühstadium vorgenommen. Beide gingen in Heilung aus.

Zwei Operationen wurden wegen perforierender Verletzungen des Abdomens gemacht. Beide konnten den Exitus nicht aufhalten. Bei dem einen Manne, der einen Messerstich in den Bauch erhalten hatte, wurde eine Darmverletzung bei der Laparotomie übersehen. Er starb an Peritonitis. Dem zweiten war ein Baumast durch den Brustkorb, Pleura, Zwerchfell in die Bauchhöhle gedrungen und hatte zu einer schweren Milzzertrümmerung geführt. Patient starb einige Stunden nach der Operation (Pleura- und Zwerchfellnaht, Milzexstirpation) an den Folgen des Blutverlustes und Shockes.

Günstig dagegen sind die Resultate, die bei Vereiterung des Sprunggelenks erzielt wurden. Es wurden atypische Gelenkresektionen ausgeführt, bei denen auf möglichste Schonung der seitlichen Gelenkbänder Wert gelegt wurde. Von den zwei Patienten, die dieser Operation unterworfen wurden, ist der eine mit ausgezeichneter Gehfähigkeit entlassen; der zweite ist noch in Behandlung. Er macht jetzt — im Gipsverband — Gehübungen. Bei einem dritten in der Liste (Anlage 19) nicht aufgeführten Fall haben schon Inzisionen in das Sprunggelenk genügt, die dort etablierte Eiterung zur Ausheilung zu

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bringen und dem Manne die Gebrauchsfähigkeit seines Beines wiederzugeben.

Endlich sei noch — als Kuriosum — ein Fall von Aneurysma der linken Subclavia erwähnt. Das Aneurysma wurde versehentlich angeschnitten und, da die zentrale Unterbindung nicht gelang, tamponiert. Am 10. Tage nach der Operation stand die Blutung auch nach Entfernung der Tamponade. Um nun die ständig drohende Blutungsgefahr zu beseitigen, wurde ein frisch exstirpierter Bruchsack (Serosa gegen Gefäßintima) in den Aneurysmasack eingepflanzt. Der Bruchsack heilte — ein lebender Tampon — ein, der Aneurysmasack schrumpfte und verwandelte sich in eine derbe Bindegewebsmasse. Der Mann ist geheilt und beschwerdefrei. Bezüglich der Wundheilung im allgemeinen möchte ich noch bemerken, daß wir uns von einer Überlegenheit der Heilungstendenz Farbiger bei Verwundungen operativer oder akzidenteller Art nicht haben überzeugen können. Shockwirkung nach schweren Verletzungen scheint allerdings seltener zu sein.

Anlage 19.

Eine Nachweisung der im Schutzgebiete ausgeführten wichtigsten Operationen enthält Anlage 19.

21. Krankendienst bei großen privaten Unternehmungen.

A. Europäer.

Anl. 25, 26, 27.

Die Statistik befindet sich in Anlage 26. Im Krankenhaus der Usambara-Bahn behandelt wurden insgesamt 97 Europäer mit 1097 Behandlungstagen.

Es kommen somit auf einen hier verpflegten Europäer $\frac{1097}{77} =$ 14,3 Krankheitstage.

Das Krankenhaus war durchschnittlich belegt mit $\frac{1097}{365} = 3$ Kranken.

Sämtliche mit Arbeitsunfähigkeit über 3 Tage erkrankten Europäer wurden im Krankenhaus behandelt. Von diesen wurden fast alle geheilt oder in guter Heilung entlassen mit folgenden Ausnahmen:

Gestorben sind:

1 Angestellter an den Folgen eines Unterleibsschusses,
1 Unternehmer an vielfachem Leberabszeß.

Als geheilt aber noch schonungsbedürftig wurden nach Deutschland geschickt:

2 Lokomotivführer,
1 nach erfolgreicher Operation (in Tanga) eines solitären Leberabszesses,
1 nach kompliziertem Splitterbruch eines Unterschenkels (starker Kallus, etwas Versteifung im Sprunggelenk, keine Deformität).

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nur gebessert bzw. von einzelnen Krankheitsausbrüchen geheilt wurden

1 Mann mit Bluterkrankheit (Hämophilie),
1 Mann mit Gicht und Asthma bronchiale,
1 Mann mit Neurasthenie (allgemeine des Herzens).

Ambulant bzw. zu Hause behandelt wurden nur leicht und vorübergehend Erkrankte wegen Malaria, Geschlechtskrankheit, Dyspepsie, Haut- und Harnkrankheiten, Augen- und Ohrenkrankheiten, rheumatischer Erkrankungen, Zahnkrankheiten, Angina, kleiner Wunden und Geschwüren, Bandwurm. Ihre Zahl ist schätzungsweise $^1/_2$—$^2/_3$ der im Krankenhaus behandelten.

Notiz zu einzelnen Erkrankungen.

1. Leberabszeß.

Bei beiden Fällen entwickelten sich die Krankheitserscheinungen der Leber in verhältnismäßig kurzer Zeit, während Dysenterie sehr weit zurücklag oder klinisch kaum in Erscheinung trat. In dem tödlich verlaufenen Falle bei einem 50 jährigen, ältlichen Mann lagen Dysenterieerscheinungen über $1^1/_2$ Jahr zurück. Als derselbe hier mit Beschwerden seitens der Leber und Anzeichen, die für Leberabszeß sprachen, in Behandlung kam — etwa 4 Wochen nach den ersten auf die Leber zu beziehenden Beschwerden — wurde bei Schwellung besonders des rechtsseitigen Leberlappens laparotomiert. Die in Erscheinung getretene Leber zeigte sich ganz übersät mit kirschgroßen bis miliaren Eiterherden. Die Leber in toto war stark diffus und knollig vergrößert. Ein kleiner Abszeß wurde punktiert. Bei Aussichtslosigkeit eines Eingriffes wurde der Leib sofort wieder geschlossen. Der Patient verfiel zusehends und starb 13 Tage nach der Probelaparotomie.

In dem durch Punktion gewonnenen Eiter fanden sich überaus zahlreiche Amöben.

Der zweite an Leberabszeß erkrankte Europäer (B.) kam in Behandlung mit ausgesprochenen Hämorrhoidalbeschwerden.

Von Dysenterie war dem Erkrankten nichts bekannt. Mitte Juli 1911 wurde er hier in Narkose mit Rectum speculum untersucht. Es wurden damals im Mastdarm einzelne kleine, kaum linsengroße, kraterförmige Schleimhautgeschwürchen, deren Rand infiltriert war, festgestellt. Der tastende Finger fühlte kleine, erbsengroße Knötchen mit kleinem zentralen Defekt, ähnlich thrombosierten und ulcerierten Varicen.

Dysenterieamöben konnten bei 5 mal wiederholter Untersuchung des direkt abgenommenen Geschwürsekrets und der Blutflöckchen am Stuhl nicht nachgewiesen werden. B. wurde zu Nachuntersuchungen wieder bestellt, entzog sich jedoch für einige Monate meiner Behandlung und kehrte erst November 1911 zurück mit Erscheinungen einer abszedierenden Leberentzündung. Jetzt konnten auch im Stuhl Dysenterieamöben nachgewiesen werden. B. wurde zwecks gemeinsamer Operation ins Gouvernementskrankenhaus Tanga gebracht und dort erfolgreich (von Herrn Oberstabsarzt Dr. Lott) operiert; im übrigen vergleiche Bericht aus dem Gouvernementskrankenhaus Tanga (Anlage 19, Nr. 4).

2. Schwarzwasserfieber kam nur 2mal (bei Frauen) zur Beobachtung. Der Verlauf war beidemal nicht schwer. Neben vorsichtigen Chiningaben, Heißluftbädern wurde (wie im Vorjahr) sofort Cholesterin 3—5 Teelöffel täglich gegeben. Ein für dessen spezifische Wirkung beweisender Fall liegt nicht vor; jedoch war der Eindruck deutlich, daß bei gleichzeitigen Cholesteringaben die Chinintoleranz wieder besonders rasch steigt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei der einen Frau war nach Schwarzwasserfieber eine Chiningewöhnungskur nicht durchgeführt worden. Als sie mit neuem Fieber (Quartana) hier ins Krankenhaus kam, stellte sich auf 0,2 g Chinin — bei niederer Temperatur gegeben — sofort erhebliche Hämoglobinurie ein. Das Blut enthielt noch 55% Blutfarbstoff. Vom nächsten Tage an wurde Cholesterin gegeben und Chinin täglich steigend um 0,1 g von 0,1 bis 1,0 g. Es trat nie wieder — auch nicht bei einem zweiten Fieberanfall — Blutfarbstoff im Urin auf. Ich hatte im Einklang mit früheren Beobachtungen den ziemlich bestimmten Eindruck, daß Cholesterin bei Neigung zu Hämozytolyse recht günstig wirkt.

3. Malaria kam entlang der ganzen Neubaustrecke vor, auch in dem hochgelegenen Same und Lembeni (1000 m) finden sich überall in windstillen Zeiten Anophelesarten.

4. Rückfallfieber: Einmal wurden im Blute eines unter mißlichen Verhältnissen aus dem Innern zugereisten Malariakranken Rekurrensspirillen nachgewiesen. Es handelte sich offenbar um eine leichte, schon in Heilung begriffene Rekurenserkrankung.

5. Typhus kam zum Ausbruch bei einer Frau, die bis 7 Tage vor dem ersten beobachteten Fieber in Tanga (Hafenbau) geweilt hatte.

B. Krankendienst bei den Eingeborenen.

Für die Statistik verwendbar sind die im Krankenhaus hier behandelten Kranken. Mit Arbeitsunfähigkeit verbundene und sonst bedeutsame Krankheiten werden fast vollständig aufgeführt sein. Auswärts an den Schächten behandelt wurden im Grundsatz nur leichte Krankheiten. Auch die Zahl der Todesfälle wird der Wirklichkeit sehr nahe kommen, wenn auch speziell bei Unternehmern einzelne Fälle nicht gemeldet wurden.

In dem Berichtsjahre sind zugegangen 903 Kranke = 19% der Gesamtarbeiterzahl (4600 im Durchschnitt) mit 1041 (1119) Erkrankungen.

Gestorben 138 Kranke = 3% der Arbeiterzahl.

Durchschnittlicher Krankenbestand war 107.

Höchster Bestand an Kranken war 168 (April 11).

Die Sterblichkeit betrug 22 mehr als im Vorjahr; das liegt an der Mehrsterblichkeit an Genickstarre.

Die Beteiligung der hauptsächlichen Krankheitsgruppen als Todesursache gestaltet sich im Vergleich zum Vorjahr folgendermaßen:

	Berichtsjahr	Vorjahr
1. Dysenterie	51 = 37%	81 = 70% der Todesfälle,
2. Lungen- und Rippenfellentzündung, Sepsis im allgemeinen	31	8
3. Genickstarre	107 = 78%	92 = 79% » »
alles übrige	21	24.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

An den 1041 Erkrankungen waren als hauptsächliche Krankheitsgruppen beteiligt:

Chirurgische Erkrankungen (einschl. Augen-, Ohrenkrankheiten)	366
Dysenterie und Darmkatarrh ..... (im Vorjahr 22 % aller Erkrankungen),	136 = 13 %
Erkältungskrankheiten (speziell Lungen- und Halserkrankungen)	145
Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	145
	802 = 77 %
aller Erkrankten,	
alles übrige zusammen	23 %.

Über Einzelheiten vgl. Anlage 27 und 28.

Bemerkungen zu einzelnen Krankheiten.

1. Lungenerkrankungen: Echte, von Beginn an lobäre Pneumonie war nicht häufig, meist handelte es sich um Bronchopneumonie, die eine hohe Tendenz zur Gangränbildung und zum Übergang in chronische Pneumonie zeigte. In 9 verdächtigen Fällen wurde auf Tuberkelbazillen im Sputum und auch im Sektionsmaterial gefahndet, aber nirgends gefunden.

2. Scharlach: Einige Fälle von stark fieberhafter Angina, Himbeerzunge und späterer Schuppung legten den Verdacht an Scarlatina nahe.

3. Bei dem unter Krebs aufgeführten Fall handelte es sich um eine etwa kindskopfgroße derbe Tumormasse in der Leber, anschließend an den Leberhilus; die Tumormasse zeigte infiltrative Wachstumsform. Die übrige Leber war durchsetzt von sehr zahlreichen, nach der Peripherie hin seltneren kleinen Tumoren, die subperitoneal gelagert erschienen.

Das caput der Pankreas zeigte eingeschlossen einen derben pflaumengroßen Tumor, der auf dem Durchschnitt unregelmäßig geformt und im Zentrum in käsiger Nekrose begriffen war. Im Dünndarm fand sich noch ein pfenniggroßes Geschwür mit wenig infiltriertem Rand (Nebenbefund).

Sonst ergab die Sektion nichts bemerkenswertes. Die Präparate sind zur mikroskopischen Untersuchung eingelegt.

Jahresbericht über die Tätigkeit des Krankendienstes der missionsärztlichen Station Madshame vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter: Missionsarzt Dr. Ittameier.

Anlage 28.

Das Gros der Krankheitsfälle, die in diesem Jahre zur Beobachtung kamen, unterscheidet sich nicht von dem des Vorjahres. Zu erwähnen ist vor allem eine Keuchhustenepidemie, die im II. und III. Quartal des Berichtsjahres mit seltener Heftigkeit einsetzte. Die zur Beobachtung gekommenen Fälle zeigten durchweg sehr schwere Formen, die besonders noch durch hinzutretende Pneumonie kompliziert wurden. Die angewandten Mittel hatten recht wenig Erfolg, so daß die meisten Fälle sich mehrere Monate lang hinzogen. Daß dabei die Indolenz der Bevölkerung, die sich weder gegen die Unbilden der Witterung ent-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sprechend schützt, noch sonst der Wartung und Pflege der Kinder die nötige Aufmerksamkeit schenkt, mit Schuld ist, braucht kaum erwähnt zu werden. Bemerkenswert ist, daß eine Reihe der beobachteten Pneumonien ausgesprochen tuberkulösen Charakter zeigte. Einige Fälle blieben bis zum Exitus in meiner Beobachtung, so daß durch die Autopsie die Diagnose Tuberkulose gesichert werden konnte. Es ist ja die Tatsache nichts neues, daß unter den Wadschagga am Kilimandjaro die Tuberkulose in jeder Form vorkommt. Vor allem in den östlichen Landschaften Marangu und Mamba sind mir so ziemlich alle Formen von Tuberkulose, von tuberkulösen Drüsen aufwärts zum Fungus genus, Knochen-, Darm- und Lungentuberkulose zu Gesicht gekommen. Die Frage, woher die Eingeborenen unserer Kolonie diese Krankheit haben, ist durch die Untersuchungen des Herrn Stabsarzt Dr. Peiper im Bezirk Kilwa genügend geklärt worden. Das Ergebnis, daß es hauptsächlich Inder sind, durch die die Tuberkulose eingeschleppt wird und ihre Verbreitung findet, darf meiner Meinung nach auch für die Bezirke des Kilimandjaro uneingeschränkte Anwendung finden. Die Wadschagga scheinen sehr wenig widerstandsfähig gegen die Krankheit zu sein. Jedenfalls verläuft sie hier schneller als zu Hause. Von durchgreifenden Maßnahmen verspreche ich mir bei der Gleichgültigkeit der Neger wenig. Dagegen glaube ich, daß der Weiterverbreitung der Krankheit wohl am besten dadurch entgegen getreten werden kann, daß die in der Kolonie ansässige indische Bevölkerung unter ständiger ärztlicher Kontrolle gehalten wird. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, jederzeit die Tuberkulösen auszuscheiden.

Was die therapeutischen Maßnahmen des verflossenen Berichtsjahres betrifft, so möchte ich mich auf die Mitteilung meiner Versuche beschränken, die ich mit einheimischen Drogen angestellt habe. Es sind ausschließlich Bandwurmmittel:

Ein Mittel der Eingeborenen Ngezi (Kischagga) oder ol lodua (masai), die Blüten von Hagenia abyssinica — (Flores Cuso) und die Rinde des hier gedeihenden Granatbaumes.

Die Beobachtung, daß Extractum filicis maris von Hause bezogen stets ohne radikale Wirkung gewesen ist, zwang dazu, sich nach anderen Mitteln umzusehen. Ich erprobte zunächst die Rinde des hier gut gedeihenden Granatbusches auf ihre Wirkung. Es wurde wie zu Hause als Mazerationsdekokt 120:1000 auf 150 eingedämpft gegeben. Die Wirkung ist recht gut und sicher. Dieses Mittel empfiehlt sich besonders für Europäerpraxis, da es wohl von allen Mitteln am besten zu nehmen ist. Der Mangel an Wurzeln und nicht zuletzt auch die etwas umständliche jedesmalige Zubereitung für die Eingeborenen ließen mich nach anderen Mitteln Umschau halten. Die Eingeborenen nannten als bewährte Mittel Absud von Farnkrautwurzeln und Ngezi. Zu gleicher Zeit ließ mich der Zufall im Urwald des Kilimandjaro Hagenia abyssinica, von den Eingeborenen Malanga genannt, finden, deren bis zu 1 m lange Blütendolden — Flores Koso — in der Pharmakopoe bekannt sind.

Ngezi erwies sich als die Frucht einer Lianenart. Nach der botanischen Bestimmung durch die Hamburger Staatsinstitute ist es eine

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Myrsinee, zur Gattung Embelia gehörig. Das wirksame Prinzip ist die Embeliasäure. Am Kilimandjaro habe ich diese Pflanze nur spärlich vertreten gefunden, wogegen sie am Meru häufig ist. Von dorther habe ich auch ausschließlich die Früchte bezogen. Nach Angabe der Eingeborenen sind die Früchte frisch am wirksamsten. Für eine Kur sollen 1—2 Handvoll der Früchte genügen. Die Früchte sind kugelig, etwa von Erbsengröße. Sie schmecken in hohem Grade widerlich und erzeugen ein unangenehmes Kratzen im Schlund, das sich rasch bis zum Brechreiz steigert. Meine Versuche hierbei beschränken sich ausschließlich auf Eingeborene. Zuerst gab ich das Mittel unzerkleinert zusammen mit Ricinus, nachdem tagszuvor 0,5 Calomel verabreicht worden waren. Bei diesem Verfahren bestätigten sich allerdings die Angaben der Leute, daß das Mittel frisch am wirksamsten sei. Sobald die Früchte ganz eingetrocknet waren, versagten sie in der gewöhnlichen Dosis häufig und mußten in etwa doppelter Menge gegeben werden. Deshalb versuchte ich eine andere Weise der Aufbewahrung. Die frischen Früchte wurden gemahlen und in Ricinusöl suspendiert, so daß ein dickflüssiger Brei entstand. In diesem Zustande habe ich das Mittel monatelang aufbewahrt, ohne ein Nachlassen der Wirkung zu bemerken. In dieser Form genügte gewöhnlich eine mittlere Kaffeetasse voll, den Kopf des Bandwurms zu Tage zu fördern.

Die Untersuchung, ob dieses Mittel auch schädliche Wirkungen auf den Organismus auszuüben imstande sei, erstreckte sich vor allem auf das Zentralnervensystem, Funktion von Gesicht und Gehör, Herztätigkeit, Darm- und Nierenfunktion. In all den Fällen, in denen das Mittel nur einmal gegeben zu werden brauchte, konnte außer einer verschieden starken Reizung des Darm-Tractus keinerlei schädliche Wirkungen des Mittels beobachtet werden. Im höchsten Falle dauerte die Enteritis 5—6 Tage an. Zweimal wurden geringe Beimengungen von Blutflocken gemeldet. Versagte das Mittel in einmaliger Gabe, so wurde nach Ablauf der Reizerscheinungen von seiten des Darmes die Kur wiederholt, wobei die Menge der Arznei etwas vermindert wurde. Hierbei wurde in zwei Fällen über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt. Ein Fall zeigte geringgradige Albuminurie. Doch muß dazu bemerkt werden, daß die Person sich in außergewöhnlich schlechtem Ernährungszustande befand. Ob die geklagten Kopfschmerzen und Schwindel eine direkte Folge des Mittels sind, kann ich mit Sicherheit nicht entscheiden. Es kommt häufig vor, daß Patienten an sie gerichtete Fragen ohne weiteres bejahen, entgegen dem wahren Sachverhalt, lediglich in der Meinung, dadurch dem Arzt einen Gefallen zu erweisen. Trotzdem halte ich es bei einer Wiederholung der Kur seit einiger Zeit so, daß ich das Mittel 8 Tage nach dem Abklingen aller Reizerscheinungen des Darmes zum zweitenmal gebe. Das positive Resultat der einmaligen Kuren beläuft sich auf 70 %. Wie hoch es bei den Wiederholungskuren ist, kann ich genau nicht angeben, da sich eine Reihe der Patienten der Beobachtung entzogen hat. Jedenfalls darf behauptet werden, daß Ngezi in seiner Wirksamkeit hier draußen dem Extractum filicis maris überlegen ist. Es ist eben so gut bzw. schlecht zu nehmen wie

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Extr. filic. Die Maximaldosis zu bestimmen, bleibe Aufgabe intensiverer Untersuchungen.

Die Flores Koso der Hagenia abyssinica, die oben erwähnt wurden, sind ja in der Pharmakopoe bekannt, so daß ein näheres Eingehen auf dieses Mittel sich erübrigt. Es kam bei den angestellten Versuchen lediglich darauf an, zu erproben, ob die Blüten des hier vorkommenden Baumes dieselbe Wirksamkeit besäßen, wie die aus Abessinien bezogenen. Das Resultat der Versuche läßt die Frage ohne weiteres bejahen, jedoch mit der Einschränkung, daß den frischen Blüten der größere Grad von Wirksamkeit innewohnt. Je älter die Droge wird, desto mehr schwindet ihre helminthiastische Kraft.

Krankenbewegung.

Die Zahl der im Berichtsjahr behandelten Europäer betrug 55 an im ganzen 316 Behandlungstagen. Von diesen fanden Aufnahme im Krankenhaus 9 an 175 Verpflegungstagen. Es entfielen davon auf

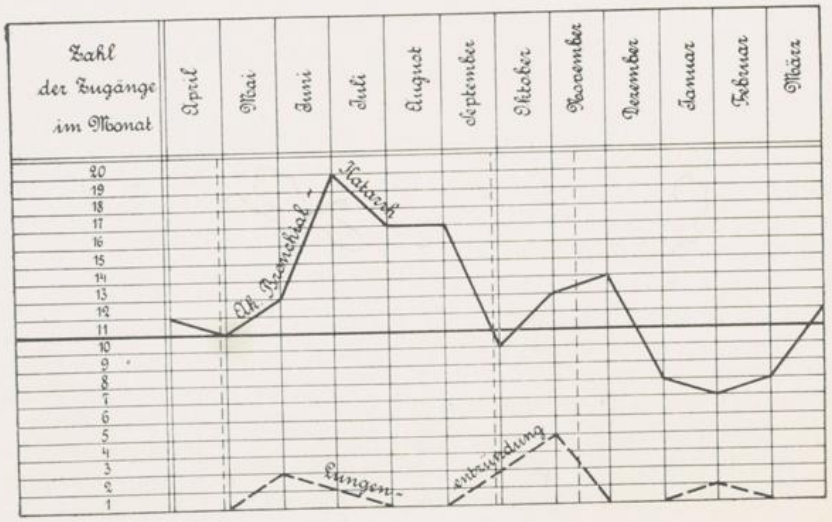
Missionsangehörige	6
Angehörige der Kaiserl. Schutztruppe	1
Farmer	2.

Außerdem wurden 21 Europäer schriftlich beraten.

Eingeborene wurden 1485 an 1865 Tagen im Hospital und an 6763 Tagen poliklinisch, insgesamt an 8628 Tagen behandelt. Es ergibt sich daraus ein täglicher Krankenzugang von 4,1 und eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 5,8 Tagen.

Die Krankenbewegung nach Krankheitsgruppen und einzelnen Krankheiten geordnet ist aus der Anlage 30 ersichtlich.

Anlage 29.



Operationen.

Die sogenannte »Kleine Chirurgie« fehlt vollständig, die vorgenommenen Operationen sind, wie auch im Vorjahre durchweg größere. Vier derselben, nämlich Nr. 3, 5, 13, 24 betrafen Europäer.

1. Fibrom der Kiefergegend — Exstirpation — lokal — geheilt.
2. Allgemein verengtes Becken — Zange — Chloroform — geheilt.
3. Leistenbruch — Bassini — Lumbalanästhesie — geheilt.
4. Kropf — Strumektomie — lokal — geheilt.
5. Retroflexio uteri fixata — Ventrifixatio per laparotomiam — Lumbalanästhesie — geheilt.
6. Fibromyxom der Leistengegend — Exstirpation — lokal — geheilt.
7. Kropf — Strumektomie — lokal — Heilung.
8. Retroflexio uteri — Ventrifixatio per laparatomiam — Lumbalanästhesie — Heilung.
9. Narbenkontraktur des Kniegelenks — forcierte Streckung — Chloroform — Heilung.
10. Luxatio humeri inveterata — Repositio — Chloroform — Heilung.
11. Sterilitas — Abrasio — Chloroform — Heilung.
12. Luxatio radii — Repositio — Chloroform — Heilung.
13. Dammriß — Perineoplastik — Chloroform — Heilung.
14. Elephantiasis scroti — Ablatio — lokal — Heilung.
15. Necrosis mandibulae — Sequestrotomie — Chloroform — Heilung.
16. Phimosis — Circumcisio — lokal — Heilung.
17. Hyperplasia praeputii — Cirumcisio — lokal — Heilung.
18. Kropf — Strumektomie — lokal — Heilung.
19. Elephantiasis scroti — Ablatio — lokal — Heilung.
20. Abortus incompletus — Ausräumung — Chloroform — Heilung.
21. Lymphomata inguinalia — Exstirpatio — lokal — Heilung.
22. Abszessus frigidus — Incision — Auskratzung — lokal — Heilung.
23. Ovarialkystom — Ovariotomie — Lumbalanästhesie — Bestand.
24. Parulis — Incision — Chloroform — Heilung.
25. Lymphomata colli — Exstirpatio — lokal — Heilung.

Kasuistik der Eingeborenenkrankheiten.

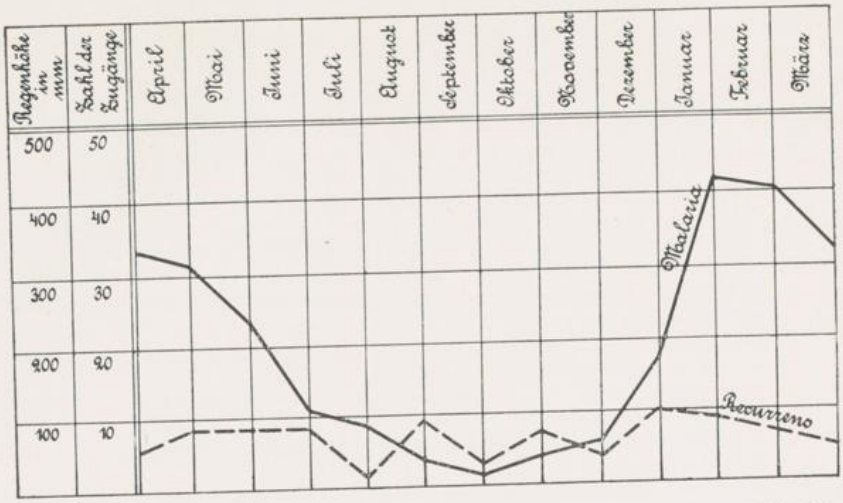
Recurrens.

Gegen das Vorjahr ist, wohl dank der hygienischen Maßnahmen, eine Abnahme in der Morbidität zu verzeichnen. Auch in diesem Jahre verteilen sich die Zugänge, wie aus der Tabelle ersichtlich, ziemlich gleichmäßig auf die einzelnen Monate. 2 Patienten (2,5 %) starben, 1 Kind in klinischer Behandlung mit offenbar besonders schwerer Infektion und trotz häufiger kühler Bäder Continua über 40° am 2. Krankheitstage. Der Spirochätennachweis gelang in allen Fällen leicht.

Malaria.

Diese übertrifft mit 218 Zugängen und 1149 Behandlungstagen alle anderen Krankheiten an Bedeutung. Ihre Mortalität betrug 1,4 % Die ungewöhnliche Regenhöhe von 1167 mm auf einer sonst trockenen Station erklärt wohl die trotz der mannigfachen hygienischen Maßnahmen hohe Morbiditätsziffer. Die Krankheit stellt sich als eine reine Saisonmalaria, an die Regenzeit gebunden, dar, wie aus der Tabelle ersichtlich;

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



die wenigen Zugänge in der vollständig trockenen Zeit Juni bis Ende September kamen sämtlich von auswärts. Die Diagnose wurde in allen Fällen auf Grund des Parasitenbefundes im Blute gestellt, und zwar wurde in 190 Fällen Plasmodium vivax, in 27 Plasmodium immaculatum, nur 1 mal Plasmodium malariae gefunden. 4 Fälle verliefen unter dem Bilde einer schweren Comatosa, davon 2 tödlich, 1 Fall unter dem einer Malaria dysenterica; in diesen letzteren Fällen waren durchweg Tropicaparasiten die Erreger.

Krankheiten der Atmungsorgane.

Für die große Häufigkeit der Bronchialkatarrhe scheint, wie aus der Tabelle ersichtlich, mehr die Trockenheit und der durch den in der Trockenzeit ständig wehenden starken Wind aufgewirbelte Staub verantwortlich zu machen zu sein, als Durchnässungen, wie sie die Regenzeit mit sich bringt. Letztere dagegen geben offenbar für die Lungenentzündung das auslösende Moment ab, da diese ausschließlich in der Zeit der unvorhergesehenen Regengüsse gegen Anfang und Ausgang der Regenzeit in Erscheinung trat. Ein Hauptkontingent zur Lungenentzündung stellen die Askari des Ubenapostens. In einem Falle war die Krankheit mit Auftreten von Malaria tropica kompliziert.

Venerische Krankheiten.

Diese kommen in den seltensten Fällen freiwillig zur Behandlung, ein großer Teil meldete sich aus anderen Ursachen krank, und die Geschlechtskrankheit wurde nur zufällig entdeckt. Nur in 10 von 15 Fällen konnte die Behandlung bis zum Ende durchgeführt werden.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Dieselben rangieren mit 1468 Behandlungstagen an 2. Stelle, und an dieser hohen Ziffer ist vornehmlich die Frambösie beteiligt. Trotz der langen Heilungsdauer verblieben die meisten Kranken bis zur Genesung in der Behandlung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Mechanische Verletzungen.

Während die Wunden meist geringfügiger Natur waren, waren die zur Behandlung gekommenen Verbrennungen meist schwerer, ja einige schlimmster Art. Gleichwohl war der einzige Todesfall nicht der Verbrennung allein, sondern, wie die Obduktion ergab, einer weitfortgeschrittenen Tuberkulose der Lungen zuzuschreiben.

Frauenkrankheiten.

Diese kommen vorerst nur sehr vereinzelt, und nach Versagen aller eingeborenen Ärzte und Zauberer in Behandlung; es scheinen jedoch Gebärmutterleiden recht häufig zu sein. So fanden sich Verlagerungen bei fast allen innerlich untersuchten Frauen als Nebenbefund. Die geringe Inanspruchnahme des Krankenhauses in Geburtshilfe beruht wohl nur zum Teil auf dem Umstande, daß bei schwarzen Frauen die Entbindungen leichter vonstatten gehen, zum anderen ist sie durch die ziemlich ausgebildete Hebammenkunst der Eingeborenen bedingt, die für alle vorkommenden Fälle Handgriffe kennt, so daß der europäische Arzt nur als ultimum refugium in Betracht kommt.

Krankenbericht der Station Ilembula (Bezirk Iringa) vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter: Missionar Martin Priebusch.

Es kamen in Behandlung:

Malaria	16	Katarrhe der Atmungsorgane	78
Rückfallfieber	12	Abszesse	16
Influenza	66	Wunden verschiedener Art	129
Fieber	276	Mittelohrkatarrh	39
Masern	4	Geschlechtskrankheiten	16
Augenkrankheiten	349	Schlangenbiß	1
Rheumatismus	72	Krätze	112
Mandelentzündung	11	Ep. Ohrspeicheldrüsenentzdg.	30
Epilepsie	9	Blasenkatarrh	3
Mundfäule	86	Frambösie	7
Zahnextraktionen	48	Nierenentzündung	1
Darmkatarrh	156	Verrenkungen	3
Magenkatarrh	36	Geburtshilfe	2
Lungenentzündungen	25		

Es wurden somit behandelt 1403 Patienten an 4155 Behandlungstagen. Die Kranken wurden in den meisten Fällen als geheilt entlassen, einige Fälle befinden sich zurzeit noch in Behandlung. Von den 1403 Kranken starben 9.

An mikroskopischen, chemischen und bakteriologischen Untersuchungen wurden 115 vorgenommen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen.

Zum Medizinalbericht über das Schutzgebiet Deutsch-Ostafrika für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Pocken	.	76	.	.	52	.	.	20	.
Windpocken	5	246	.	5	245	.	.	1	.
Scharlach	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Masern (Röteln)	1	83	.	1	82	.	.	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	111	.	.	101	.	.	.	.
Diphtherie	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Rose	3	3	.	3	2	.	.	1	.
Milzbrand	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rotz	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Pyämie (Septicämie)	1	6	.	.	1	.	1	5	.
Unterleibstyphus	22	5	.	20	4	.	.	1	.
Flecktyphus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rückfallfieber	35	413	.	33	386	.	.	3	.
Malaria	1 364	3 584	.	1 132	3 193	.	5	18	.
Schwarzwasserfieber	59	25	.	50	19	.	9	6	.
Gelbfieber	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Grippe	31	133	.	36	97	.	.	.	.
Akute Miliartuberkulose	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	16	81	.	.	7	.	3	18	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	5	.	.	2	.	.	1	.
Tuberkulose anderer Organe	1	2	.	.	1	.	1	1	.
Trypanosomiasis	.	5 352	.	.	2 505*)	.	.	570	.
Ruhr	28	333	.	32	255	.	.	61	.
Asiatische Cholera	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Epidemische Genickstarre	.	12	.	.	8	.	.	3	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	1	10	.	.	1	.	1	9	.
Gelenkrheumatismus, akuter	10	139	.	8	72	.	.	2	.
» chronischer	2	5	.	1	2	.	.	.	.
Gicht	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Blutarmut	22	18	.	13	15	.	.	1	.
Purpura	2	1	.	1	1	.	.	.	.
Skorbut	.	14	.	.	12	.	.	1	.

*) Davon 125 nach 2jähriger Beobachtung als geheilt entlassen, die anderen als gebessert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Zuckerkrankheit	2	2	.	.	1	.	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » Morphium	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» » Gase	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » tierische Gifte	9	30	.	4	29	.	.	.	.
» » andere Gifte	2	2	.	2	1	.	.	1	.
Trichinose	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hitzschlag	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonnenstich	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Pest	.	4	.	.	2	.	.	2	.
Lepra	.	230	.	.	10	.	.	3	.
Beriberi	.	3	.	.	2	.	.	1	.
Frambösie	.	848	.	.	732	.	.	6	.
Bösartige Geschwülste	1	15	.	.	7	.	.	3	.
Andere allgemeine Erkrankungen	50	1	.	50	1	.	.	.	.
Nesselfieber	3	.	.	2	.	.	.	.	.
Keuchhusten	9	10	.	2	7	.	.	1	.
Summe der Gruppe I	1 685	11 805	.	1 430	7 855	.	20	741	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	7	36	.	.	13	.	.	3	.
Fallsucht	1	16	.	.	4	.	.	2	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	15	140	.	6	129	.	.	2	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	1	6	.	1	2	.	.	4	.
Krankheiten des Gehirns	7	9	.	3	1	.	.	5	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	1	1	.	.	.	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	1	4	.	1	3	.	.	1	.
Hüftnervenentzündung	.	9	.	.	8	.	.	.	.
Nervenschwäche	69	19	.	63	18	.	.	.	.
Hysterie	2	2	.	2	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	3	30	.	2	28	.	.	1	.
Krämpfe	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Summe der Gruppe II	108	275	.	78	211	.	1	18	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	6	19	.	5	19	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	15	323	.	5	319	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	27	.	.	26	.	.	1	.
Akuter Bronchialkatarrh	70	3 907	.	52	3 244	.	.	3	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	14	79	.	6	55	.	.	17	.
Akute Lungenentzündung	9	286	.	6	222	.	2	58	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	6	72	.	3	63	.	.	9	.
Lungenerweiterung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Asthma	6	5	.	2	5	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	2	2	.	2	1	.	.	1	.
Summe der Gruppe III	129	4 720	.	81	3 954	.	2	89	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankung der Herzklappen	1	16	.	.	12	.	1	.	.
Herzmuskelschwäche	19	13	.	2	11	.	.	2	.
Herzhypertrophie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	61	11	.	35	8	.	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	9	2	.	2	1	.	2	1	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	1	7	.	1	5	.	.	1	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	1	7	.	.	6	.	.	.	.
Hämorrhoiden	12	18	.	6	16	.	.	.	.
Venenentzündung	2	3	.	2	3	.	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	24	71	.	22	71	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	1	3	.	1	2	.	.	1	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	15	273	.	9	270	.	.	.	.
Kropf	.	5	.	.	3	.	.	.	.
Leukämie	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Perniziöse Anämie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Chronische Herzmuskelentzündung	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Milzschwellung	.	8	.	.	6	.	.	1	.
Herzschlag	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Summe der Gruppe IV	150	442	.	84	417	.	3	8	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	112	1 755	.	108	1 751	.	.	1	.
Zungenentzündung	1	32	.	1	32	.	.	.	.
Mandelentzündung	56	242	.	50	235	.	.	1	.
Rachenentzündung	14	90	.	10	86	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	12	93	.	6	85	.	.	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	1	35	.	.	34	.	.	.	.
Krankheiten der Speiseröhre	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	85	321	.	67	330	.	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	6	24	.	3	22	.	.	1	.
Magengeschwür	2	4	.	.	3	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	222	2 954	.	197	2 861	.	.	15	.
Chronischer Darmkatarrh	9	21	.	1	15	.	.	6	.
Brechdurchfall	5	2	.	5	1	.	.	1	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	7	97	.	6	63	.	.	3	.
Eingeklemmter Bruch	.	9	.	.	6	.	.	2	.
Innerer Darmverschluß	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	25	7	.	19	5	.	1	1	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	3	8	.	3	1	.	.	7	.
Katarrhalische Gelbsucht	8	14	.	7	12	.	.	1	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	33	37	.	17	29	.	5	6	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	3	15	.	1	15	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	4	28	.	4	28	.	.	.	.
Verhungert	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Tiefliegender Rachenabszeß	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Summe der Gruppe V	609	5 750	.	506	5 614	.	6	47	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).									
Nierenentzündung	4	27	.	3	16	.	1	5	.
Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	2	8	.	.	6	.	.	2	.
Blasenkatarrh	22	41	.	17	34	.	.	1	.
Andere Blasenkrankheiten	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	18	46	.	17	41	.	.	1	.
Verengerung der Harnröhre	3	12	.	1	6	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Wasserbruch	.	163	.	.	154	.	.	1	.
Krampfaderbruch	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	8	7	.	6	5	.	.	.	.
Nierensteinkolik	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Nierenblutung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Grupppe VI	58	307	.	45	265	.	1	10	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	136	1 016	.	119	875	.	.	1	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	11	148	.	8	141	.	.	.	.
Feigwarzen	3	3	.	2	3	.	.	.	.
Weicher Schanker	29	213	.	22	203	.	.	.	.
Bubo	17	50	.	9	49	.	.	.	.
Syphilis	80	1 220	.	47	1 084	.	.	18	.
Summe der Gruppe VII	276	2 650	.	207	2 355	.	.	19	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung:									
a) Granulöser Katarrh	.	19	.	.	12	.	.	.	.
b) Folgezustände	.	27	.	.	26	.	.	.	.
Akute Blennorrhöe	.	66	.	.	65	.	.	.	.
Chronische Blennorrhöe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Tripperblennorrhöe	2	29	.	.	26	.	.	1	.
nichtansteckende:									
der Lider	16	78	.	13	77	.	.	.	.
der Bindehaut	58	2 085	.	44	1 969	.	.	.	.
der Tränenorgane	.	2	.	.	2	.	.	.	.
der Augenmuskeln	.	2	.	.	2	.	.	.	.
der Hornhaut	15	267	.	12	251	.	.	2	.
der Regenbogenhaut	19	147	.	11	145	.	.	.	.
der Linse	.	2	.	.	.	.	.	.	.
der Aderhaut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	1	8	.	1	3	.	.	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	6	4	.	2	3	.	.	.	.
Nachtblindheit	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	1	17	.	1	16	.	.	.	.
Entzündung beider Augäpfel	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Schwachsichtigkeit nach Chinin	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Chronische Panophthalmie	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	120	2 759	.	84	2 602	.	.	3	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten der Ohrmuschel	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Krankheiten des äußeren Gehörganges	81	172	.	81	167	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	17	538	.	15	496	.	.	1	.
Chronische Mittelohrentzündung	4	22	.	1	13	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	2	19	.	2	18	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	3	9	.	3	9	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	7	.	.	7	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	107	779	.	102	722	.	.	1	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	4	931	.	4	931	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	105	1 174	1	85	1 160	1	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	24	184	.	23	167	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	17	3 300	1	10	2 914	1	.	19	.
Panaritium	13	140	.	10	126	.	.	1	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	252	2 177	.	104	2 041	.	.	14	.
Furunkel	155	527	.	138	507	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	5	63	.	5	40	.	.	1	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	7	43	.	7	38	.	.	.	.
Ulcus tropicum	.	10	.	.	8	.	.	.	.
Pilzkrankheiten der Haut	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Bothryomycosis	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	582	8 553	2	386	7 936	2	.	35	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	10	99	.	6	94	.	.	1	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	1	21	.	1	11	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	3	122	.	3	109	.	.	3	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	3	7	.	3	4	.	.	.	.
Gelenkmaus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Fußgeschwulst	.	71	.	.	71	.	.	.	.
Plattfüßigkeit und Folgezustände	3	5	.	2	5	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Andere Verbildungen des Fußes und Folgezustände	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	61	1 152	.	41	1 142	.	.	.	.
Muskelzerrung	10	83	.	8	81	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	1	11	.	.	10	.	.	1	.
Krankheiten der Schleimbeutel	2	35	.	1	34	.	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	5	46	.	4	45	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	3	20	.	3	19	.	.	.	.
Ostïlis chronica	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	103	1 673	.	73	1 625	.	.	5	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	9	59	.	5	59	.	.	.	
Wundreiten	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	43	370	.	30	367	.	.	.	.
Quetschung innerer Organe	.	15	.	.	14	.	.	1	.
Zerreißung innerer Organe	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Knochenbruch des Oberarms	2	23	.	2	20	.	.	1	.
» » Unterarms	2	38	.	1	35	.	.	.	.
» der Hand	1	17	.	1	16	.	.	.	.
» des Oberschenkels	2	24	.	1	21	.	.	.	.
» » Unterschenkels	1	14	.	1	12	.	.	1	.
» der Kniescheibe	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» des Fußes	.	9	.	.	8	.	.	1	.
» » Kopfes	2	3	.	.	2	.	1	.	.
» » Schlüsselbeins	3	11	.	2	11	.	.	.	.
» des Schulterblattes	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» der Rippen	5	5	.	4	4	.	.	.	.
» » Wirbelsäule	.	5	.	.	3	.	.	1	.
» des Beckens	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	15	91	.	12	88	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	16	175	.	12	133	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	5	15	.	3	14	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	2	15	.	2	14	.	.	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Schußwunden	8	21	.	3	18	.	.	1	.
Hieb- und Schnittwunden	16	1 074	.	14	1 037	.	.	6	.
Stichwunden	6	204	.	5	122	.	.	3	.
Riß- und Quetschwunden	57	3 162	.	46	3 043	.	.	9	.
Bißwunden	3	132	.	2	121	.	.	2	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Verbrennung	21	313	.	16	306	.	1	7	.
Erfrierung (Frostschäden)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Verletzungen	1	8	.	1	8	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	222	5 738	.	165	5 480	.	2	34	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	2	39	.	2	30	.	.	7	.
Ankylostomiasis	1	3 980	.	1	3 550	.	.	124	.
Bandwurm	65	170	.	59	168	.	.	.	.
Echinococcus	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Bilharziosis	3	453	.	3	244	.	.	8	.
Sandflohgeschwür	23	866	.	17	793	.	.	4	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	41	533	.	38	531	.	.	.	.
Strongyloides stercoralis	.	108	.	.	108	.	.	.	.
Trichocephalus trichiurus	.	54	.	.	54	.	.	.	.
Elephantiasis	.	13	.	.	10	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	135	6 217	.	120	5 489	.	.	143	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Krankheiten der Scheide	10	6	.	4	6	.	.	.	.
» des Cervix	.	13	.	.	12	.	.	.	.
» » Uterus	35	7	.	25	5	.	.	.	.
» » Parametriums	3	1	.	.	1	.	.	.	.
» der Uterusadnexe	3	.	.	1	.	.	.	.	.
Schwangerschaftsbeschwerden	30	5	.	20	5	.	.	.	.
Aborte	13	4	.	12	4	.	1	.	.
Entbindungen	24	8	.	24	8	.	.	.	.
Pathologische Geburten	4	2	.	3	1	.	.	1	.
Krankheiten der Nachgeburtsperiode	2	1	.	2	.	.	.	1	.
» » Brustdrüse	3	14	.	3	14	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	127	61	.	94	56	.	1	2	.
XV. Andere Krankheiten.									
Selbstverstümmelung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Selbstmord (-versuch)	.	6	.	.	5	.	.	1	.
Vorgetäuschte Krankheiten	.	7	.	.	6	.	.	.	.
Allgemeine Körperschwäche	1	45	.	.	18	.	1	23	.
Altersschwäche	.	43	.	.	11	.	.	22	.
Zur Beobachtung	1	101	.	1	92	.	.	2	.
Summe der Gruppe XV	2	202	.		132	.	1	48	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Über

über den Krankenzugang

Station bzw. Bezirk	Zahl der Monate, in welchen die Station mit Arzt oder mit San. Untffz. bzw. mit Arzt und San. Untffz. besetzt war		Iststärke der				Gesamtkrankenzugang					
			Europäer		Farbige		Europäer			Farbige		
			Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Summe	Militär-	Zivil-	Summe
	Arzt	San. Untffz.	Personen				Personen			Personen		
Tanga	12	12	5	432	·	93 179	16	1 142	1 158	·	8 395	8 39
Pangani	·	12	1	93	·	93 122	1	44	45	·	1 725	1 72
Bagamojo	12	12	1	62	·	83 893	6	36	42	·	640	64
Daressalam	12	12	56	968	583[25]	206 306	143	1 957	2 100	933	6 999	7 93
Mohoro	1	11	1	57	·	99 418	·	21	·	·	1 339	1 33
Kilwa	12	·	1	54	·	96 422	1	36	37	·	1 299	1 29
Lindi	12	9	6	110	169[25]	361 320	13	104	117	664	2 385	3 04
Ssongea	·	12	1	34	·	127 836	·	5	5	·	905	90
Mahenge	10	7	9	27	207	133 107	13	13	26	527	692	1 21
Iringa	12	12	10	115	217[50]	89 385	12	10	22	275	957	1 23
Morogoro	12	12	2	228	·	115 133	2	214	216	·	878	87
Kilossa	·	12	1	s.	·	Morogoro	2	37	39	·	530	53
Mpapua	·	12	1	140	·	169 042	2	9	11	·	577	57
Kondoa-Irangi	5	11	7	s.	202[25]	Mpapua	16	16	32	311	1 012	1 32
Kilimatinde	2	10	7	206	168[50]	242 403	17	8	25	234	384	61
Mkalama	·	12	3	s.	·	Kilimatinde	1	·	1	·	·	·
Tabora	12	12	9	433	186[25]	405 854	15	175	190	300	1 397	1 69
Udjidji	2	12	7	86	154[25]	322 250	9	18	27	104	1 108	1 21
Usumbura	12	12	7	52	225[25]	1 500 039	24	5	29	280	1 773	2 05
Schirati	·	10	1	s.	·	Muansa	·	8	8	·	554	55
Muansa	12	12	6	193	196[75]	616 547	15	126	141	377	1 970	2 34
Bukoba	12	12	9	109	179	286 055	15	77	92	163	2 283	2 44
Bismarckburg	12	12	4	s.	37[75]	Udjidji	6	8	14	71	522	59
Neu-Langenburg	12	5	1	152	·	185 920	2	32	34	·	724	72
Massoko	·	12	6	s.	180[25]	Neu-Langenburg	12	2	14	279	329	60
Wilhelmstal	·	12	2	414	·	95 220	1	19	20	·	549	54
Moschi	12	·	1	831	·	188 195	3	90	93	·	1 644	1 62
Aruscha	11	8	6	s.	160[25]	Moschi	8	99	107	263	813	1 07
Kigali (Ruanda)	·	12	1	70	167[50]	2 000 087	·	4	4	·	1 307	1 31
Kissenji (Ruanda)	·	12	8				6	·	6	127	58	18
Kigarama	12	12	4	s.	·	Bukoba	2	1	3	·	724	72
Niansa	12	12	2	s.	·	Usumbura	4	·	4	·	·	·
Utegi	12	12	3	s.	·	Schirati	6	6	12	·	53	
Muheza	·	3	1	s.	·	Tanga	·	2	2	·	490	49
Urambi	12	12	2	s.	·	Usumbura	·	·	·	·	201	20
Kishanje	·	7	1	s.	·	Bukoba	·	·	·	·	251	2
Rumonge	12	12	1	s.	·	Usumbara	·	·	·	·	15	
Südbezirk	·	·	·	s.	·	Lindi, Ssongea	·	20	20	·	2 746	27
Amani	·	·	·	s.	·	Tanga	·	10	10	·	2 057	20
			194	4 866	3 055	7 510 733	373	4 354	4 727	4 908	50 285	55 19

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 2.

...eht

...den einzelnen Stationen.

Malariafieber			Summe der Todesfälle an Malaria		Schwarzwasserfieber				Summe der Todesfälle an Schwarzwasserfieber		Zahl der behandelten Malariafieberfälle unter Europäern in % der Bevölkerungsziffer	Bemerkungen
Europäer		Farbige			Europäer		Farbige					
Zivilpersonen	Militär-	Zivil-	Europäer	Farbige	Militär-	Zivil-	Militär-	Zivil-	Europäer	Farbige		
	Personen				Personen		Personen					
307	.	413	.	2	.	17	.	11	3	2	71,67	
9	.	116	.	1	.	2	.	.	.	.	9,58	
11	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	21,88	
605	333	.	2	2	.	13	.	9	3	3	70,98	
15	.	49	.	.	.	.	.	.	.	.	30,61	
18	.	64	1	1	.	2	.	2	.	1	32,73	
27	11	119	.	1	.	.	.	.	.	.	26,72	
1	.	20	.	.	.	1	.	.	.	.	2,86	
6	61	59	.	.	.	.	.	.	.	.	38,89	
1	34	33	.	.	.	.	.	.	.	.	3,2	
104	.	73	2	.	.	11	.	.	1	.	54,98	
19	.	33	.	2	.	1	.	1	.	.	s. Morogoro	
5	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	11,49	
5	74	120	.	4	.	.	.	.	.	.	s. Mpapua	
2	36	31	.	.	.	.	.	.	.	.	3,7	
.	.	42	.	.	.	.	.	.	.	.	s Kilimatinde	
74	30	97	.	1	.	3	.	.	1	.	1,88	
6	22	78	.	.	.	.	.	.	.	.	15,46	
2	44	61	.	.	.	.	.	.	.	.	26,23	
5	.	105	.		.	.	.	1	.	.	s. Muansa	
49	30	147	.	.	.	3	.	.	.	.	29,41	
31	19	296	.	1	.	1	.	1	.	.	29,51	
4	5	19	.	.	.	.	.	.	.	.	s. Udjidji	
9	.	44	.	.	.	1	.	.	.	.	11,95	
1	35	36	.	1	.	.	.	.	.	.	s. Neu-Langenburg	
6	.	18	.	1	.	.	.	.	.	.	1,49	
26	.	151	.	.	.	.	.	.	.	.	4,18	
8	10	19	.	.	.	2	.	.	.	.	s. Moschi	
.	.	63	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	11	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1,27	
1	.	5	.	.	.	.	.	.	.	.	s. Bukoba	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	s Usumbura	
.	2	3	.	.	.	.	.	.	.	.	s. Muansa	
.	.	18	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	10	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	13	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
4	.	53	.	.	.	2	.	.	1	.	.	
3	.	120	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
1 364	757	3 584	5	18	.	59	.	25	9	6	25,75	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 3.

Gouvernements-Krankenhaus
Daressalam.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen.

Zum Medizinalbericht über das Schutzgebiet Deutsch-Ostafrika
für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Pocken	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Windpocken	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Scharlach	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Masern (Röteln)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Diphtherie	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Rose	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Milzbrand	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rotz	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Pyämie (Septicämie)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Unterleibstyphus	9	.	.	9	.	.	.	.	.
Flecktyphus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rückfallfieber	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Malaria	605	72	.	583	72	.	2	.	.
Schwarzwasserfieber	13	4	.	10	3	.	3	1	.
Gelbfieber	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Grippe	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Akute Miliartuberkulose	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	10	.	.	.	.	.	2	.	.
» der Knochen und Gelenke	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» anderer Organe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Trypanosomiasis	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Ruhr	5	.	.	5	.	.	.	.	.
Asiatische Cholera	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Epidemische Genickstarre	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Seite	652	76	.	616	75	.	7	1	.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Übertrag	652	76	.	616	75	.	7	1	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Gelenkrheumatismus, akuter	2	.	.	2	.	.	.	.	.
» , chronischer.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Gicht.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Blutarmut	47	9	.	47	9	.	.	.	.
Purpura	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Skorbut	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zuckerkrankheit	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » Morphium	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» » Gase.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » tierische Gifte	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » andere Gifte	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Trichinose.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hitzschlag	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonnenstich	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Pest.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lepra	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Beriberi	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Frambösie.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Blösartige Geschwülste.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere allgemeine Erkrankungen	20	.	.	20	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	724	85	.	686	84	.	7	1	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Fallsucht	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Herkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	2	.	.	1	.	.	.	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Herkrankheiten des Gehirns	6	.	.	3	.	.	.	.	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung .	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rückenmarksschwindsucht (Tabes) ...	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervenschwäche	65	6	.	62	6	.	.	.	.
Hysterie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	78	6	.	67	6	.	.	.	.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	6	.	.	6	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	28	5	.	27	5	.	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lungenerweiterung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Asthma	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	46	5	.	45	5	.	.	.	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankung der Herzklappen	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Herzmuskelschwäche	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Herzhypertrophie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	40	.	.	33	.	.	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	2	.	.	1	.	.	1	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hämorrhoiden	4	1	.	3	1	.	.	.	.
Venenentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	17	.	.	17	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	9	.	.	8	.	.	.	.	.
Kropf	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Leukämie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Perniziöse Anämie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	78	1	.	67	1	.	2	.	

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	45	2	.	45	2	.	.	.	.
Zungenentzündung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Mandelentzündung	20	.	.	19	.	.	.	.	.
Rachenentzündung	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Speiseröhre	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	44	3	.	44	3	.	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Magengeschwür	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	136	6	.	134	6	.	.	.	.
Chronischer Darmkatarrh	5	.	.	5	.	.	.	.	.
Brechdurchfall	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	6	.	.	6	.	.	.	.	.
Eingeklemmter Bruch	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Innerer Darmverschluß	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Katarrhalische Gelbsucht	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	16	.	.	11	.	.	4	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	290	11	.	282	11	.	4	.	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	3	.	.	2	.	.	1	.	.
Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Blasenkatarrh	7	.	.	7	.	.	.	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	11	.	.	11	.	.	.	.	.
Verengerung der Harnröhre	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Wasserbruch	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krampfaderbruch	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	8	.	.	6	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	31	.	.	27	.	.	1	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	70	5	.	70	5	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Feigwarzen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Weicher Schanker	8	.	.	8	.	.	.	.	.
Bubo	4	.	.	.	.	.	.	.	.
Syphilis	20	1	.	20	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	104	6	.	100	6	.	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung									
a) Granulöser Katarrh	.	.	.	.	.	.	.	.	.
b) Folgezustände	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akute Blennorrhoe	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Chronische Blennorrhoe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Tripperblennorhoe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
nichtansteckende:									
der Lider	7	.	.	7	.	.	.	.	.
der Bindehaut	34	4	.	33	4	.	.	.	.
der Tränenorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.
der Augenmuskeln	.	.	.	.	.	.	.	.	.
der Hornhaut	11	3	.	11	3	.	.	.	.
der Regenbogenhaut	3	.	.	2	.	.	.	.	.
der Linse	.	.	.	.	.	.	.	.	.
der Aderhaut	.	.	.	.	.	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	.	.	.	.	.	.	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	2	1	.	2	1	.	.	.	.
Nachtblindheit	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	58	8	.	56	8	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten der Ohrmuschel	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des äußeren Gehörganges	62	.	.	62	.	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	9	.	.	9	.	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	76	1	.	76	1	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	44	.	.	44	.	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	21	.	.	21	.	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	2	1	.	2	1	.	.	.	.
Panaritium	6	.	.	6	.	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	37	2	.	36	2	.	.	.	.
Furunkel	94	1	.	94	1	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	214	4	.	213	4	.	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	2	1	.	2	1	.	.	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Gelenkmaus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Fußgeschwulst	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Plattfüßigkeit und Folgezustände	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Andere Verbildungen des Fußes und Folgezustände	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	32	1	.	31	1	.	.	.	.
Muskelzerrung	5	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	53	4	.	52	4	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Wundreiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	17	1	.	17	1		.	.	
Quetschung innerer Organe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zerreißung innerer Organe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» des Unterarms	1	.	.	.	.	.	.	.	.
» der Hand	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» des Oberschenkels	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» des Unterschenkels	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» der Kniescheibe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» des Fußes	.	.	.		.	.	.	.	.
» des Kopfes	1	.	.	.	.	.	1	.	.
» des Schlüsselbeins	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» des Schulterblatts	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» der Rippen	2	.	.	2	.	.	.	.	.
» der Wirbelsäule	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» des Beckens	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	9	.	.	9	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	7	.	.	6	.	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Schußwunden	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	5	1	.	5	1	.	.	.	.
Stichwunden	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	19	1	.	19	1	.	.	.	.
Bißwunden	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verbrennung	9	.	.	8	.	.	1	.	.
Erfrierung (Frostschäden)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Verletzungen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	82	3		76	3	.	2	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Ankylostomiasis	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Bandwurm	32	.	.	32	.	.	.	.	.
Seite	34	.	.	34	.	.	.	.	.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Übertrag	34	.	.	34	.	.	.	.	.
Echinococcus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Bilharziosis	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Sandflohgeschwür	7	.	.	7	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe...	32	1	.	32	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	74	1	.	74	1	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Menorrhagie	10	.	.	10	.	.	.	.	.
Entzündung der Scheide	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Enge des Cervicalkanals	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Gebärmutterkatarrh.....	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Schwangerschaftsbeschwerden	17	1	.	17	1	.	.	.	.
Fehlgeburt.....	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Entbindung	6	.	.	6	.	.	.	.	.
Dammriß	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Nachgeburtsverhaltung.....	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	44	1	.	44	1	.	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Selbstverstümmelung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Selbstmord (-versuch)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Vorgetäuschte Krankheiten.....	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Allgemeine Körperschwäche	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Altersschwäche	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zur Beobachtung	3	.	.	2	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV....	3	.	.	2	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 4.

Gouvernements-Krankenhaus Tanga
(Europäer- und Farbigenabteilung).

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen.

Zum Medizinalbericht über das Schutzgebiet Deutsch-Ostafrika
für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Pocken	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Windpocken	5	83	.	5	83	.	.	.	.
Scharlach	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Masern (Röteln)	1	59	.	1	59	.	.	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Diphtherie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rose	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Milzbrand	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rotz	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Pyämie (Septikämie)	1	1	.	.	.	.	1	1	.
Unterleibstyphus	6	2	.	6	2	.	.	.	.
Flecktyphus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Rückfallfieber	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Malaria	307	413	.	212	111	.	.	2	.
Schwarzwasserfieber	17	11	.	12	9	.	3	2	.
Gelbfieber	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Grippe	13	5	.	8	5	.	.	.	.
Akute Miliartuberkulose	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	3	2	.	.	1	.	1	1	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Trypanosomiasis	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Ruhr	22	61	.	12	55	.	.	6	.
Asiatische Cholera	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Epidemische Genickstarre	.	5	.	.	3	.	.	2	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	1	2	.	.	.	.	1	2	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gelenkrheumatismus, akuter	3	40	.	2	40	.	.	.	.
» chronischer	2	1	.	1	1	.	.	.	.
Gicht	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Blutarmut	9	2	.	1	.	.	.	.	.
Purpura	2	.	.	1	.	.	.	.	.
Skorbut	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zuckerkrankheit	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » Morphium	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » Gase	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» » tierische Gifte	6	1	.	1	1	.	.	.	.
» » andere Gifte	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Trichinose	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Hitzschlag	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonnenstich	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Pest	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lepra	.	26	.	.	.	.	.	3	.
Beriberi	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Frambösie	.	262	.	.	257	.	.	5	.
Bösartige Geschwülste	1	3	.	.	3	.	.	.	.
Andere allgemeine Erkrankungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Nesselfieber	3	.	.	2	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	406	988		267	637	.	7	25	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	1	5	.	.	.	.	.	.	.
Fallsucht	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	8	9	.	2	8	.	.	1	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des Gehirns	1	3	.	.	1	.	.	2	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Hüftnervenentzündung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Nervenschwäche	20	.	.	.	.	.	.	.	.
Hysterie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krämpfe	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Summe der Gruppe II	31	25	.	2	13	.	1	7	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	2	5	.	1	5	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	4	6	.	1	6	.	.	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	18	1 158	.	9	650	.	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	8	3	.	1	2	.	.	1	.
Akute Lungenentzündung	.	65	.	.	48	.	.	17	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	4	24	.	1	21	.	.	3	.
Lungenerweiterung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Asthma	3	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	40	1 263	.	13	734	.	.	21	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankung der Herzklappen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Herzmuskelschwäche	16	.	.	.	.	.	.	.	.
Herzhypertrophie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	13	4	.	.	4	.	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	6	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Hämorrhoiden	3	2	.	.	2	.	.	.	.
Venenentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	6	11	.	4	11	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	4	82	.	.	82	.	.	.	.
Kropf	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Leukämie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Perniziöse Anämie	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	49	105	.	5	105	.	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	32	352	.	31	352	.	.	.	.
Zungenentzündung	.	9	.	.	9	.	.	.	.
Mandelentzündung	8	13	.	4	13	.	.	.	.
Rachenentzündung	7	22	.	3	22	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	9	1	.	4	1	.	.	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Speiseröhre	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	21	7	.	6	7	.	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	2	1	.	.	1	.	.	.	.
Magengeschwür	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	47	650	.	28	650	.	.	.	.
Chronischer Darmkatarrh	7	11	.	.	7	.	.	4	.
Brechdurchfall	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen	1	35	.	.	32	.	.	3	.
Eingeklemmter Bruch	.	5	.	.	4	.	.	1	.
Innerer Darmverschluß	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	19	4	.	13	4	.	1	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Katarrhalische Gelbsucht	3	2	.	2	2	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	10	7	.	2	6	.	.	1	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	171	1 123	.	97	1 114	.	1	9	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).									
Nierenentzündung	1	3	.	1	3	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	.	6	.	.	5	.	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Blasenkatarrh	8	9	.	4	9	.	.	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	2	17	.	2	17	.	.	.	.
Verengerung der Harnröhre	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Wasserbruch	.	78	.	.	78	.	.	.	.
Krampfaderbruch	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	11	113	.	7	112	.	.	1	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	33	97	.	13	97	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	5	24	.	3	24	.	.	.	.
Feigwarzen	3	.	.	2	.	.	.	.	.
Weicher Schanker	15	19	.	6	19	.	.	.	.
Bubo	7	11	.	1	11	.	.	.	.
Syphilis	29	311		6	308	.	.	3	.
Summe der Gruppe VII	92	462	.	31	459	.	.	3	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung									
a) Granulöser Katarrh	.	.	.	.	.	.	.	.	.
b) Folgezustände	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Akute Blennorrhoe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Chronische Blennorrhoe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Tripperblennorrhoe	1	3	.	.	3	.	.	.	.
nichtansteckende:									
der Lider	8	15	.	5	15	.	.	.	.
» Bindehaut	15	403	.	4	403	.	.	.	.
» Tränenorgane	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» Augenmuskeln	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» Hornhaut	3	68	.	1	68	.	.	.	.
» Regenbogenhaut	8	29	.	4	29	.	.	.	.
» Linse	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» Aderhaut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
» Brechungs- und Einstellungsvermögens	3	.	.	.	.	.	.	.	.
Nachtblindheit	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Schwachsichtigkeit nach Chiningebrauch	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	39	526	.	14	526	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten der Ohrmuschel	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des äußeren Gehörganges	24	46	.	12	46	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	1	131	.	.	131	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	9	.	.	9	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	28	186	.	12	186	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	.	233	.	.	233	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	35	127	.	16	127	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	2	.	.	1	.	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	8	733	.	5	716	.	.	17	.
Panaritium	1	33	.	.	33	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	45	260	.	25	252	.	.	8	.
Furunkel	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	27	34	.	20	34	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	1	5	.	1	5	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	119	1 425	.	68	1 400	.	.	25	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	7	15	.	3	15	.	.	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	18	.	.	18	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Gelenkmaus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Fußgeschwulst	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Plattfüßigkeit und Folgezustände	1	.	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Andere Verbildungen des Fußes und Folgezustände	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	19	230	.	3	230	.	.	.	.
Muskelzerrung	3	19	.	1	19	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	.	13	.	.	13	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	31	310	.	7	310	.	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	4	.	.	.	.	.	.	.	.
Wundreiten	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	15	94	.	2	94	.	.	.	.
Quetschung innerer Organe	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Zerreißung innerer Organe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	9	.	.	8	.	.	1	.
» » Unterarms	.	11	.	.	11	.	.	.	.
» der Hand	.	2	.	.	2	.	.	.	.
» des Oberschenkels	.	6	.	.	6	.	.	.	.
» » Unterschenkels	.	6	.	.	5	.	.	.	.
» der Kniescheibe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» des Fußes	.	4	.	.	4	.	.	.	.
» » Kopfes	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» » Schlüsselbeins	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» » Schulterblattes	.	.	.	.	.	.	.	.	.
» der Rippen	2	1	.	1	1	.	.	.	.
» der Wirbelsäule	.	2	.	.	2	.	.	.	.
» des Beckens	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	2	9	.	.	9	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	5	33	.	2	33	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	4	4	.	2	4	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Schußwunden	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	2	84	.	1	82	.	.	2	.
Stichwunden	2	10	.	1	9	.	.	1	.
Riß- und Quetschwunden	20	363	.	11	360	.	.	3	.
Bißwunden	2	8	.	1	8	.	.	.	.
Verbrennung	7	32	.	3	30	.	.	2	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Erfrierung (Frostschäden)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Verletzungen	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	67	684	.	26	674	.	.	10	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	.	48	.	.	46	.	.	2	.
Ankylostomiasis	.	1 057	.	.	996	.	.	61	.
Bandwurm	16	2	.	13	2	.	.	.	.
Echinococcus	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Bilharziosis	1	65	.	1	64	.	.	1	.
Sandflohgeschwür	12	196	.	6	194	.	.	2	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	29	1 368	.	20	1 302	.	.	66	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Entbindung	11	1	.	11	1	.	.	.	.
Parametritis	3	.	.	.	.	.	.	.	.
Weißfluß	6	.	.	2	.	.	.	.	.
Gebärmutterblutung	2	.	.	1	.	.	.	.	.
Scheidenvorfall	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Gebärmutterverlagerung	4	.	.	1	.	.	.	.	.
Tubenentzündung	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Frühgeburt	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Fehlgeburt	4	1	.	3	1	.	1	.	.
Schwangerschaftsbeschwerden	9	.	.	.	.	.	.	.	.
Menstruationsbeschwerden	2	2	.	.	2	.	.	.	.
Gebärmutterentzündung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	45	7	.	19	7	.	1	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Selbstverstümmelung	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Selbstmord (-versuch)	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Vorgetäuschte Krankheiten	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Allgemeine Körperschwäche	1	1	.	.	1	.	1	.	.
Altersschwäche	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zur Beobachtung	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	1	11	.	.	11	.	1	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Deutsch-Ostafrika.

Über

der während des Berichtsjahres 1911/12 aus

Lfde. Nr.	Bezirk	a. Europalymphe				b. Von Arm zu Arm			
		Erwachsene		Kinder		Erwachsene		Kinder	
		Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
1	Tanga	1	611	3	.	.	.	.	.
2	Pangani	.	.	.	.	.	.	.	.
3	Bagamoyo	.	.	.	.	.	.	.	.
4	Daressalam	.	.	.	.	.	.	.	.
5	Mohoro	.	.	.	.	.	.	.	.
6	Kilwa	.	.	.	.	.	.	.	.
7	Lindi.....	.	.	.	.	.	.	.	.
8	Ssongea	.	.	.	.	.	.	.	.
9	Mahenge	.	.	.	.	.	.	.	.
10	Iringa	.	.	.	.	.	.	.	.
11	Morogoro	.	.	.	.	.	.	.	.
12	Kilossa	.	.	.	.	.	.	.	.
13	Mpapua	.	.	.	.	.	.	.	.
14	Kondoa-Irangi .	.	.	.	.	.	.	.	.
15	Kilimatinde	.	.	.	.	.	.	.	.
16	Tabora	.	.	.	.	.	.	.	.
17	Udjidji.....	.	.	.	.	.	.	.	.
18	Usumbura	.	.	.	.	.	.	.	.
	Seite	1	611	3	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 5.

sicht

geführten Impfungen und Wiederimpfungen.

c. Selbstgewonnene Lymphe				Gesamtsumme		Davon mit Erfolg		Bemerkungen
Erwachsene		Kinder						
Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	
.	2 578	.	836	4	4 025	100%	71%	
5	7 014	1	1 237	6	8 251	.	50—60%	
.	1 825	.	311	.	2 136	.	70%	
26	29 380	1	6 956	27	36 336	6%	70–100%	
4	8 993	.	2 799	4	11 792	75%	unbek.	
.	3 337	1	724	1	4 061	unbek.	unbek.	
12	11 854	1	3 430	13	15 284	.	40—77%	
4	5 875	.	1 787	4	7 662	100%	70%	
2	13 105	.	7 297	2	20 402	.	75%	
11	6 436	6	3 825	17	10 261	47%	80–100%	
20	13 621	4	3 434	24	17 055	50%	75%	
.	18 256	.	1 542	.	19 798	.	unbek.	
.	9 530	.	6 580	.	16 110	.	unbek.	
.	51 578	.	15 024	.	66 602	.	60—70%	
.	12 196	.	5 890	.	18 086	.	36–85%	
3	64 348	2	13 005	5	77 353	unbek.	unbek.	
.	15 116	.	1 697	.	16 813	.	80%	
.	348	.	43	.	391	unbek.	unbek.	
87		16		107				

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Bezirk	a. Europalymphe				b. Von Arm zu Arm			
		Erwachsene		Kinder		Erwachsene		Kinder	
		Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
	Übertrag	1	611	3	.	.	.	.	.
19	Muansa.....	.	.	.	.	.	.	.	.
20	Schirati.....	.	.	.	.	.	.	.	.
21	Bukoba.....	.	.	.	.	.	.	.	.
22	Bismarckburg ..	.	.	.	.	.	2	.	1
23	Langenburg...	.	.	.	.	.	.	.	.
24	Wilhelmstal....	.	.	.	.	.	.	.	.
25	Moschi	.	.	.	.	.	.	.	.
26	Mkalama	.	.	.	.	.	.	.	.
27	Aruscha	.	.	.	.	.	.	.	4
28	Ruanda.....	.	.	.	.	.	.	.	.
29	Massoko.....	.	.	.	.	.	.	.	.
30	Kissenji	.	.	.	.	.	.	.	.
31	Besichtigungsreise Muansa–Kilimatinde ...	.	.	.	.	.	.	.	.
32	Regierungsarzt Nordbezirke ..	.	.	.	.	.	.	.	.
33	Regierungsarzt Südbezirke ...	.	.	.	.	.	.	.	.
	Summe	1	611	3	.	.	2	.	5

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

c. Selbstgewonnene Lymphe				Gesamtsumme		Davon mit Erfolg		Bemerkungen
Erwachsene		Kinder						
Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	
87		16		107		.	.	
.	88 125	.	35 772	.	123 897	.	60—70%	
.	4 183	.	1 639	.	5 822	.	60%	
1	23 709	.	7 359	1	31 068	100%	50–100%	
22	6 660	.	7 316	22	13 979	.	75%	
.	12 848	.	6 059	.	18 907	.	80%	
.	5 055	3	2 492	3	7 547	100%	unbek.	
.	1 518	.	1 322	.	2 840	.	unbek.	
.	2 758	.	1 235	.	3 993	.	80%	
16	12 476	15	5 519	31	17 999	unbek.	unbek.	
3	601	.	337	3	938	100%	83%	
.	616	.	239	.	855	.	89%	
.	460	.	80	.	540	.	unbek.	
.	7 120	.	3 114	.	10 234	.	unbek.	
.	.	.	.	.	27 925	.	unbek.	
5	11 702	1	1 927	5	13 629	.	25—85%	
134	453 221	35	150 827	172	632 591			

Nach
über Lymph

Lfde. Nr.	Sanitäts-dienststelle	Impfung ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung
1	Kondoa-Irangi	Oberarzt Dr. Schulz	Humane Variola Vaccine	6. 5. 1911
		» » »	Desgl.	6. 5. 1911
		» » »	»	6. 5. 1911
		» » »	Humane Vaccine Kondoa	19. 6. 1911
		» » »	Desgl.	19. 6. 1911
		» » »	Vaccine Mpapua	7. 7. 1911
		» » »	» »	7. 7. 1911
		» » »	» »	7. 7. 1911
		» » »	Humane Vaccine Kondoa	19. 7. 1911
		» » »	Desgl.	19. 7. 1911
		» » »	»	21. 7. 1911
		» » »	»	21. 7. 1911
		» » »	»	21. 7. 1911
		» » »	Vaccine Kondoa	28. 7. 1911
		» » »	» »	28. 7. 1911
		» » »	» »	2. 8. 1911
		» » »	» »	2. 8. 1911
		» » »	» »	2. 8. 1911
		» » »	» »	14. 8. 1911
		» » »	» »	14. 8. 1911
		» » »	» »	14. 8. 1911
		» » »	» »	4. 10. 1911
		» » »	» »	5. 12. 1911
		» » »	» »	10. 1. 1912
		» » »	Humane Vaccine Kondoa	22. 2. 1912
		» » »	Desgl.	23. 2. 1912

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 6.

weisung
gewinnung.

Zahl der Impftiere (Kälber)	Datum der Abnahme	Ergebnis: Rohstoff	Ergebnis: Glyzerinlymphe	Impfresultat	Bemerkungen
1	12. 5. 1911	24,0 g	.	.	
1	12. 5. 1911	28,0 »	.	.	
1*)	nicht abgenommen	.	.	.	*) Meerschweinchen positiv.
1	23. 6. 1911	15,0 »	.	.	
1	23. 6. 1911	5,5 »	.	.	
1	12. 7. 1911	28,0 »	.	.	
1	12. 7. 1911	18,0 »	.	.	
1	12. 7. 1911	4,0 »	.	.	
1	25. 7. 1911	19,5 »	.	.	
1	25. 7. 1911	10,5 »	.	.	
1	27. 7. 1911	19,0 »	.	.	
1	27. 7. 1911	25,5 »	.	.	
1	27. 7. 1911	12,5 »	.	.	
1	2. 8. 1911	23,5 »	.	.	
1	3. 8. 1911	11,5 »	.	.	
1	7. 8. 1911	27,0 »	.	.	
1	7. 8. 1911	25,5 »	.	.	
1	7. 8. 1911	32,0 »	.	.	
1	19. 8. 1911	17,0 »	.	.	
1	19. 8. 1911	22,5 »	.	.	
1	19. 8. 1911	6,0 »	.	.	
1	9. 10. 1911	27,0 »	.	.	
1	11. 12. 1911	15,5 »	.	.	
1	16. 1. 1912	29,0 »	.	.	
1	26. 2. 1912 / 27. 2. 1912 / 28. 2. 1912	20,0 »	.	.	
1	27. 2. 1912 / 29. 2. 1912	12,5 »	.	.	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Sanitäts-dienststelle	Impfung ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung
2	Mpapua	Sanitätsvizefeldwebel Jedamzik	Mpapua	1. 4. 1911
3	Neu-Langenburg	Stabsarzt Geisler	Halb mit Kälber-, halb mit humaner Lymphe	1. 4. 1911
4	Schirati	Sanitätsfeldwebel Kasper	?	28. 6. 1911
		Derselbe	?	26. 10. 1911
		Derselbe	?	13. 12. 1911
5	Bismarckburg	Stabsarzt Stollowsky	Humane Lymphe aus Neu-Langenburg und Bismarckburg	1. 4. 1911
		» »	Desgl.	1. 10. 1911
6	Moschi	» Wünn	?	?
7	Tabora	Sanitätssergeant Laube	Vaccine Tabora	1. 4. 1911
		» »	Humane Lymphe Tabora	3. 4. 1911
		» »	Glyzerin- u. Lanolin-lymphe Hamburg	12. 4. 1911
		» »	Humane Lymphe Tabora	13. 4. 1911
		» »	Trockenlymphe Hamburg u. Vaccine Tabora	20. 4. 1911
		» »	Vaccine Stamm Hamburg	3. 5. 1911
		» »	Variolagift	9. 5. 1911
		» »	Humane Lymphe	12. 5. 1911
		» »	» »	2. 6. 1911
		» »	Vaccine Daressalam	6. 6. 1911
		» »	» »	12. 6. 1911
		» »	Variolagift	27. 6. 1911
		» »	Humane Lymphe Daressalam	29. 6. 1911
		» »	Vaccine Tabora	14. 7. 1911
		» »	Humane Lymphe Tabora	24. 8. 1911

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Impftiere (Kälber)	Datum der Abnahme	Ergebnis		Impfresultat	Bemerkungen
		Rohstoff	Glyzerin-lymphe		
86	30. 3. 1912	1 387,0 g	.	.	Berichtsjahr.
17*)	30. 3. 1912	467,0 »	.	.	*) 2 Schafe. Berichtsjahr
1	4. 7. 1911	20 ccm	.	.	
1	31. 10. 1911	20 «	.	.	
1	18. 12. 1911	35 «	.	.	
2	30. 6. 1911	14,2 g	.	100%	
3	31. 12. 1911	27,8 »	.	.	
1	?	60,0 »	.	.	
1	6. 4. 1911	40,0 »	.	.	
1	8. 4. 1911	30,0 »	.	.	
1	18. 4. 1911	12,0 »	.	.	
1	18. 4. 1911	30,0 »	.	.	
1	25. 4. 1911	45,0 »	.	.	Trockenlymphe negativ
1	8. 5. 1911	25,0 »	.	.	
1	.	.	.	.	
1	17. 5. 1911	25,0 »	.	.	
1	7. 6. 1911	20,0 »	.	.	
1	12. 6. 1911	2,0 »	.	.	
1	17. 6. 1911	48,0 »	.	.	
1	.	.	.	.	
1	4. 7. 1911	10,0 »	.	.	
1	19. 7. 1911	24,0 »	.	.	
1	29. 8. 1911	5,0 »	.	.	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Sanitäts-dienststelle	Impfung ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung
(7)	Tabora	Stabsarzt Dr. Marshall	Humane Lymphe Tabora	9. 7. 1911
		» » »	Vaccine Tabora	22. 7. 1911
		» » »	» »	22. 7. 1911
		Sanitätssergeant Laube	» »	2. 9. 1911
		» »	» »	22. 9. 1911
8	Bukoba	Stabsarzt Grothusen	?	?
		» »	Humane Lymphe	1. 7. 1911
9	Udjidji	Stabsarzt Dr. Fehland	» »	?
		» » »	Kälberlymphe	?
10	Mahenge	Stabsarzt Dr. Schuhmacher	Variola	24. 6. 1911
		Derselbe	Mpapua-Vaccine	28. 6. 1911
		»	Variola	9. 8. 1911
		»	»	14. 8. 1911
		»	Mahenge-Vaccine	15. 8. 1911
		»	» »	20. 8. 1911
		»	Variola	6. 9. 1911
11	Daressalam	Institut für Seuchenbekämpfung	Vaccine Daressalam	2. 5. 1911
		Dasselbe	Humane »	27. 5. 1911
		»	» »	17. 6. 1911
		»	» »	26. 6. 1911
		»	Vaccine »	20. 7. 1911
		»	» »	22. 8. 1911
		»	Humane »	20. 9. 1911
		»	Vaccine »	1. 11. 1911
		»	Humane »	7. 12. 1911
		»	Vaccine »	12. 1. 1912
		»	» »	24. 2. 1912
12	Kilimatinde	Sanitätsvizefeldwebel Schreiber	Kälberlymphe Mpapua	25. 9. 1911
		Derselbe	» »	6. 12. 1911
		»	Humane Lymphe	14. 12. 1911
		»	» »	20. 2. 1912

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Impftiere (Kälber)	Datum der Abnahme	Ergebnis: Rohstoff	Ergebnis: Glyzerinlymphe	Impfresultat	Bemerkungen
1	14. 7. 1911	24,0 g	.	.	
1	27. 7. 1911	22,0 »	.	.	Während der Impfreise gewonnen.
1	27. 7. 1911	28,0 »	.	.	
1	7. 9. 1911	20,0 »	.	.	
1	28. 9. 1911	37,0 »	.	.	
2	?	12,0 »	.	.	
7	30. 9. 1911	42,1 »	.	100 %	
2	?	.	100 ccm	80 %	
1	?	.	12 »	80 %	
1	.	.	.	.	
1	.	.	.	.	
1	15. 8. 1911	.	.	Eine Pustel entwickelt	
1	20. 8. 1911	.	.	.	
1	.	.	.	.	
1	.	.	.	.	
1	.	.	.	.	
1	8. 5. 1911	18,0 g	.	.	
1	2. 6. 1911	14,5 »	.	.	
1	22. 6. 1911	19,0 »	.	.	
1	1. 7. 1911	45,0 »	.	.	
1	26. 7. 1911	70,0 »	.	.	
1	28. 8. 1911	63,0 »	.	.	
1	26. 9. 1911	81,0 »	.	.	
1	7. 11. 1911	40,0 »	.	.	
1	12. 12. 1911	20,0 »	.	.	
1	17. 1. 1912	20,0 »	.	.	
1	1. 3. 1912	44,0 »	.	.	
1	1. 10. 1911	.	25 ccm	.	
1	12. 12. 1911	.	48 »	.	
1	19. 12. 1911	.	29 »	.	
1	26. 2. 1912	.	24 »	.	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Sanitäts-dienststelle	Impfung ausgeführt durch	Stammlymphe	Datum der Impfung
13	Udjidji	Sanitätssergeant Rudolph	Humane Lymphe	12. 4. 1911
		» »	» »	5. 8. 1911
		» »	» »	13. 10. 1911
		Stabsarzt Dr. Koch	» »	28. 12. 1911
		» » Fehland	» »	11. 2. 1912
		» » »	Kälberlymphe	19. 3. 1912
		» » »	Humane Lymphe	22. 3. 1912
14	Massoko	Sanitätssergeant Rehwagen	Humane Neu-Langenburg	16. 9. 1911
		Derselbe	Humane Massoko	14. 10. 1911
		»	» »	8. 12. 1911
		»	» »	16. 1. 1912
		»	» »	29. 2. 1912
		»	» »	8. 3. 1912
15	Usumbura	Stabsarzt Dr. Pensche	?	?

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Impftiere (Kälber)	Datum der Abnahme	Ergebnis		Impfresultat	Bemerkungen
		Rohstoff	Glyzerin-lymphe		
1	19. 4. 1912	6,0 g	.	65 %	
1	12. 8. 1912	30,0 »	.	70 %	
1	19. 10. 1911	15,0 »	.	80 %	
1	2. 1. 1912	11,45 »	.	60 %	
1	16. 2. 1912	12,5 »	.	90 %	
1	25. 3. 1912	3,7 »	.	80 %	
1	27. 3. 1912	13,5 »	.	80 %	
1	22. 9. 1911	13 ccm	.	.	
1	20. 10. 1911	14 »	.	.	
1	15. 12. 1911	20 »	.	.	
1	22. 1. 1912	15 »	.	.	
1	6. 3. 1912	29 »	.	.	
1	14. 3. 1912	13 »	.	.	
8	?	120 »	.	.	Berichtsjahr.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 7.

Nachweisung

über die im Institut für Seuchenbekämpfung zu Daressalam in der Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912 ausgeführten Untersuchungen.

Monat	Blut	Sputum	Eiter	Harn		Stuhl mikroskopisch	Hämoglobin-bestimmung	Bakterien		Tierversuche	Agglutination	Insektenbestimmung	Sonstiges	Summe der ärztlichen Untersuchungen	Veterinäres		Sonstiges	Summe der tierärztlichen Untersuchungen	Gesamtsumme
				mikroskopisch	chemisch			mikroskopisch	kulturell						Blut	Insekten-bestimmung			
April 1911	28	2	28	4	3	5	.	638	.	.	1	.	7	716	40	.	.	40	756
Mai 1911	60	8	33	3	6	10	.	643	9	2	1	.	44	819	29	.	10	39	858
Juni 1911	98	26	25	4	16	19	.	950	38	8	33	.	42	1 249	104	.	.	104	1 353
Juli 1911	91	22	26	19	30	9	.	1 147	57	10	5	.	3	1 419	124	.	.	124	1 543
August 1911	193	14	27	15	12	6	1	1 070	17	9	13	.	8	1 385	19	.	.	19	1 404
September 1911	100	2	18	4	3	1	.	858	54	7	6	.	.	1 053	47	.	.	47	1 100
Oktober 1911	27	14	10	1	3	.	.	1 192	.	.	2	.	.	1 249	52	.	.	52	1 301
November 1911	19	5	21	5	.	8	.	1 075	.	.	4	.	.	1 137	39	.	.	39	1 176
Dezember 1911	77	17	44	9	3	3	.	809	.	.	8	124	.	1 094	.	.	.	.	1 094
Januar 1912	313	11	36	15	19	9	.	854	36	.	18	.	.	1 311	7	.	.	7	1 318
Februar 1912	204	8	40	15	12	5	.	921	26	.	15	10 324	.	11 570	5	.	.	5	11 575
März 1912	234	41	16	9	7	18	.	1 085	9	.	2	14 591	.	16 012	1	.	.	1	16 013
Im Berichtsjahr 1911/12	1 444	170	324	103	114	83	1	11 242	246	36	108	25 039	104	39 014	467	.	10	477	39 491

Anlage 8.

Nachweisung

über die im Gouvernements-Krankenhause Tanga während des Berichtsjahrs 1911/12 gemachten Untersuchungen.

Humanmedizinische Untersuchungen											
Blut-präparate	Sputum	Eiter	Harn		Stuhl	Hämoglobin-bestimmungen	Bakter.-mikros. Untersuchungen anderer Art	Agglutinationen	Insekten-bestimmungen	Sonstige	Gesamtsumme
			mikr.	chem.							
563	22	197	138	1 362	1 567	619	7	4	6	98	19 583

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 9.

Nachweisung

über die Malariafeststellungen in Daressalam.

Angehörigkeit	Gruppe der Untersuchten	I. Vierteljahr										II. Vierteljahr									
		Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten bei Erwachsenen und Kindern waren						Erwachsene		Kinder		Unter den Parisiten bei Erwachsenen und Kindern waren					
								Tropica										Tropica			
		Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirochäten	Filarien	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirochäten	Filarien
I. Europäer	a. Krankgemeldete...	145	25	22	5	2	.	.	28	.	.	156	14	37	4	2	.	.	16	1	.
	b. Gesunde.....	535	23	77	2	.	3	.	21	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
II. Farbige	a. Krankgemeldete ..	1125	446	207	133	8	24	2	545	8	14	681	387	100	44	12	28	14	407	12	13
	b. Gesunde.....	4819	838	1187	361	29	113	23	1034	1	96	5371	950	1435	429	25	132	17	1205	2	88
III. Gesamte farbige Einwohner	a. Villenviertel	610	168	305	98	3	23	4	236	1	5	657	133	324	120	1	7	4	241	.	5
	b. Innenstadt.....	4209	670	882	263	26	90	19	789	.	91	4714	817	1111	309	24	125	13	964	2	83

Angehörigkeit	Gruppe der Untersuchten	III. Vierteljahr										IV. Vierteljahr									
		Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten bei Erwachsenen und Kindern waren						Erwachsene		Kinder		Unter den Parasiten bei Erwachsenen und Kindern waren					
		Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Tertiana	Quartana	Tropica Halbmonde	Tropica Ringe	Spirochäten	Filarien	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Anzahl	Parasitenbefunde positiv	Tertiana	Quartana	Halbmonde	Ringe	Spirochäten	Filarien
I. Europäer	a. Krankgemeldete	205	7	71	5	.	.	.	12	.	.	99	6	48	.	.	1	.	5	.	.
	b. Gesunde	.	.	29	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
II. Farbige	a. Krankgemeldete	918	99	178	53	10	14	.	128	8	14	1070	310	111	61	37	74	25	238	8	42
	b. Gesunde	5902	537	1435	242	13	132	25	599	3	83	4040	522	739	183	42	183	19	461	.	.
III. Gesamte farbige Einwohner	a. Villenviertel	680	53	258	32	.	8	3	74	.	8	608	74	298	46	8	14	3	95	1	7
	b. Innenstadt	5222	474	1177	210	13	124	22	525	3	75	3432	448	441	137	34	169	16	366	1	103

Anlage 10.

Nachweisung

über die Blutuntersuchungen bei der Malariabekämpfung in Tanga.

Bezirk	Quartal	Erwachsene		Kinder		Bemerkungen
		untersucht	davon positiv	untersucht	davon positiv	
I	I	759	319	145	83	
	II	800	372	148	91	
	III	890	386	177	102	
	IV	913	389	165	103	
II	I	1 494	925	142	88	
	II	1 220	590	89	50	
	III	1 136	560	87	32	
	IV	1 209	866	99	71	
Krankmeldungen in Bezirk I und II	I—IV	791	354	187	114	
Zollviertel und Hospital	I—IV	830	348	.	.	
Mission	II	45	15	32	22	
	III	38	15	37	27	
	IV	51	18	35	26	
Schule	II	158	91	546	366	
	IV	156	92	689	374	
Summe...	.	10 490	5 340	2 578	1 549	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 11.

Nachweisung

der von den Hebammenschwestern des Deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien im Berichtsjahr 1911/12 geleiteten Geburten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ort	Gesamtzahl der Geburten	Von den Geburten			Entbindung		Von den lebend Kindern geborenen waren	
		lebend geboren	tot geboren	Aborte	verlief normal	erforderliche Eingriffe	männlich	weiblich
1. Daressalam.								
A. Europäer.								
Gouvernements-Krankenhaus Daressalam.....	4	4	.	.	2	2	1	3
Stadt Daressalam	11	11	.	.	11	.	4	7
Sonstige Orte des Schutzgebiets	6	5	1	.	3	3	3	3
B. Farbige.								
Stadt Daressalam	68	60	5	3	61	7	42	18
2. Tanga.								
A. Europäer.								
Krankenhaus Tanga	11	11	.	.	1	10	4	7
Sonstige Orte	5	5	.	.	2	3	3	2
B. Farbige.								
Krankenhaus Tanga	1	1	.	.	1	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

An Eingriffen wurden vorgenommen						Wochenbett			Bemerkungen
ede-cher and-riff	Lösung der Nach-geburt	Damm-nähte	Zangen	Wen-dungen	Son-stige	normal ver-laufen	Wöchnerinnen er-krank-ten	Wöchnerinnen starben	
.	.	.	.	.	.	.	.	.	
.	.	1	.	.	.	.	.	.	
5	1	3	.	.	.	.	.	.	
5	.	1	.	.	1 Per-foration	.	16 Malaria	2	
8	.	6	.	.	1	.	1	1	
2	.	1	.	.	.	.	.	.	
.	.	.	.	.		.	.	.	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 12.

Übersicht

über die von den Hebammenschwestern des Nyassabundes geleiteten Geburten

vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter: Dr. Rudolf Oehme.

Ort	Gesamtzahl der Hilfeleistungen	Von den Geburten betrafen		Von den Geburten waren			Von den lebend geborenen Kindern waren		Von den Hilfeleistungen		Es wurden an Eingriffen vorgenommen						Von den Wöchnerinnen			
																	erkrankten		starben	
		Europäer	Farbige	Lebendgeburten	Totgeburten	Aborte	männlich	weiblich	verliefen normal	erforderten Eingriffe	Credescher Handgriff	Lösung der Nachgeburt	Dammnähte	Zangengeburten	Wendungen	sonstige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Emmaberg	1	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Lupembe	1	1	.	1	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mbozi	1	1	.	1	.	.	1	.	.	1	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Kyimbila	1	1	.	.	.	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.
Mwakaleli	2	1	1	1	.	.	.	1	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Zusammen...	6	5	1	4	.	1	3	1	.	2	.	2	.	.	.	1	.	.	.	.

Anlage 13.

Nachweisung

über die im Berichtsjahre 1911/12 in Deutsch-Ostafrika bei Europäern festgestellten Geisteskrankheiten.

Name	Geisteskrankheit	Nervenkrankheit	Alkoholismus	Selbstmord	Bemerkungen
J. W.	Gehirnerweichung	.	.	.	Nach Deutschland
F. R.	Verrücktheit (Paronoia)	.	.	.	Nach Deutschland
L.	Akute Verwirrtheit		.	.	Nach Unterleibstyphus und Unfall
H.	Apoplektiformer Anfall und akute Verwirrtheit	.	.	.	Gebessert nach Deutschland
A. L.	Melancholie? Verfolgungsideen, Halluzinationen	.	.	.	In seine Heimat
K. V.	Halluzinationen nach Malaria	.	.	.	Geheilt
F. R.	.	.	Säuferdelirium	.	Heimsendung nach Deutschland

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 14.

Nachweisung

über die im Berichtsjahre 1911/12 in Deutsch-Ostafrika geborenen und gestorbenen Kinder von Europäern.

Bereich der Sanitätsdienststelle	Zahl der Geburten	Von Kindern unter 10 Jahren starben an						
		Krämpfen	Starrkrampf	Körperschwäche	Herzschwäche	Lungenentzündung	Malaria	anderen Krankheiten
Tanga	12	1	1	1	.	.	.	.
Aruscha	18	.	.	.	.	.	.	1
Bukoba	1	.	.	.	.	.	.	.
Neu-Langenburg	8	.	.	.	.	.	.	.
Kilwa	2	.	.	.	.	.	.	.
Morogoro	5*)	.	.	.	2	.	.	1
Wilhelmstal	10	.	.	.	.	.	1	.
Moschi	7	.	.	.	.	1	.	.
Lindi	.	.	.	.	.	.	.	1
Iringa	8	.	.	2	.	.	.	.
Pangani	1	.	.	.	.	.	.	.
Bagomojo	2	.	.	.	.	.	.	.
Kilimatinde	1	.	.	.	.	.	.	.
Daressalam	21	.	.	.	.	1	.	1

*) 1 totgeboren.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 15.

Nachweisung

über die im Jahre 1911/12 verstorbenen Europäer.

Iststärke: 4 866.

Lfd. Nr.	Geschlecht	Alter (Jahre)	Aufenthalt in den Tropen (Jahre)	Aufenthalt im Schutzgebiet (Jahre)	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7
A. In ärztlicher Behandlung.						
1	m.	56	16 6/12	16 6/12	Blinddarmentzündung	Ngambo bei Amani.
2	m.	33	11	11	Schwarzwasserfieber	Tanga.
3	m.	27	4	4	Lungentuberkulose	"
4	w.	34	2/12	2/12	Schwarzwasserfieber	"
5	m.	34	2/12	2/12	"	"
6	w.	13 Tage	13 Tage	13 Tage	Starrkrampf	"
7	w.	30	4 1/12	4 1/12	Blinddarmentzündung	"
8	m.	51	5	5	Sepsis	"
9	w.	30	6/12	6/12	Fehlgeburt	"
10	m.	26	4	4	Schwarzwasserfieber	"
11	m.	5 Tage	5 Tage	5 Tage	Allgemeine Körperschwäche	"
12	m.	28	4	4	Tuberkulose des Peritoneums, Darmes und Schlundes	"
13	m.	39	1	1	Leberschrumpfung, Lebercirrhose	Daressalam.
14	m.	32	3	3	Herzleiden (Endocarditis verucosa)	"
15	m.	42	7	7	Zunehmende Entkräftung durch chronische Malaria	"
16	m.	3	3	3	Verbrennung 2. Grades	"
17	m.	34	2/12	2/12	Malaria und Nierenentzündung	"
18	m.	35	1	1	Malaria	"
19	m.	50	6	6	Chronische Ruhr und Leberabszeß	"
20	m.	32	5/12	5/12	Nervenleiden (Polyneritis)	"
21	m.	23	1	1	Schädel-basisbruch und Gehirnverletzung	"
22	m.	30	.	6/12	Leberabszeß, Entkräftung	"

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfd. Nr.	Geschlecht	Alter Jahre	Aufenthalt in den Tropen Jahre	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahre	Todesursache	Bemerkungen
1	2	3	4	5	6	7
23	m.	5/12	5/12	5/12	Fieberhaften Lungenkatarrh	Daressalam.
24	m.	40	10	10	Schwarzwasserfieber	»
25	m.	41	16	16	»	»
26	m.	38	4	4	Gehirnblutung (Apoplexie)	»
27	m.	39	10/12	10/12	Schwarzwasserfieber	»
28	m.	35	2	2	Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfes	»
29	m.	49	3	3	Pyämie	»
30	m.	44	23	23	Lungenödem, Herzschwäche	Kilwa.
31	m.	32	3 1/12	3 1/12	Skorbut, Herzschwäche	Lindi.
32	m.	40	.	.	Atroph. Lebercirrhose und Malaria trop.	»
33	?	?	?	?	Lungenentzündung nach Keuchhusten	Moschi.
34	m.	6/12	6/12	6/12	Herzschwäche nach Malaria	Morogoro.
35	w.	1/12	1/12	1/12	Desgl.	»
36	m.	29	1/12	1/12	Gehirnmalaria	»
37	m.	26	6 6/12	6 6/12	Schwarzwasserfieber	»
38	m.	26	5/12	5/12	Gehirnmalaria	»
39	m.	62	19	19	Lungenentzündung	Muansa.
40	m.	38	3	3	Schwarzwasserfieber	Kilimatinde.
41	m.	22	?	?	»	»
42	w.	52	1/2	1/2	Lungentuberkulose	»
43	m.	30	?	?	Schwarzwasserfieber, Malaria	Tabora.
			B. Außer ärztlicher Behandlung.			
44	m.	54	16	16	Schlaganfall	Tangabezirk.
45	m.	?	?	?	Ruhr	»
46	m.	27	?	?	Schuß in den Kopf (Selbstmord)	Pangani.
47	m.	25	?	?	Schwarzwasserfieber	»
48	m.	3	?	?	Malaria	Korogwe.
49	w.	27	?	?	Selbstmord	Mrungu.
50	m.	9 Tage	9 Tage	9 Tage	Malaria und Pämphigus	Daressalam.
51	w.	30	1/12	1/12	Malaria	»
52	w.	3/12	3/12	3/12	Malaria?	Lindibezirk.
53	m.	47	?	?	Schwarzwasserfieber	»

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

lfd. Nr.	Geschlecht	Alter	Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Todesursache	Bemerkungen
		Jahre	Jahre	Jahre		
1	2	3	4	5	6	7
454	m.	24	?	?	Schußverletzung durch Unglücksfall	Bezirk Moschi.
455	m.	37	?	?	Malaria und Arsenikvergiftung	„ „
456	m.	56	?	?	Chronische Malaria?	„ „
457	m.	14	4	4	?	Aruscha.
458	w.	37	6	6	Leberleiden	„
459	m.	36	?	?	?	„
460	m.	43	?	?	Schwarzwasserfieber	Dodoma.
461	m.	27	?	?	?	„
462	w.	1 Stunde	.	.	Lebensschwäche (Frühgeburt	Iringa.
463	w.	5 Tage	5 Tage	5 Tage	Desgl.	„
464	m.	27	10/12	10/12	Leberabszeß?	Bezirk Neu-Langenburg.
465	m.	26	6/12	6/12	Malaria?	„ „ „
466	m.	40	16	16	Herzschlag?	Bezirk Muansa.
467	m.	34	3	3	Schwarzwasserfieber?	Schiratibezirk.
468	m.	50	17	17	„	„
469	w.	31	1	1	„	„
470	m.	?	?	?	Unglücksfall	Kilimatinde.
471	m.	51	.	3	Selbstmord	„
472	m.	29	?	?	?	Bukoba.
473	?	?	?	?	?	Taborabezirk.
474	?	?	?	?	?	„
475	?	?	?	?	?	„
476	?	?	?	?	?	„
477	?	?	?	?	?	„
478	?	?	?	?	?	„
479	m.	59	24	?	Magenblutung	Bismarckburg.
480	?	?	?	?	?	Udjidjibezirk.
481	?	?	?	?	?	„
482	?	?	?	?	?	„
483	?	?	?	?	?	„
484	?	?	?	?	?	„
485	?	?	?	?	?	Bezirk Neu-Langenburg.
486	?	?	?	?	?	„ „ „
487	?	?	?	?	?	„ „ „

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 16.

Nachweisung

über Rattenvertilgung in Deutsch-Ostafrika 1911/12.

1911/12	Daressalam	Tanga	Pangani	Bagamojo	Schirati	Sadani	Tschole	Lindi	Mohoro	Kilwa	Pestbekämpfung Moschibezirk	Bukoba	Muansa	Summe
April	57 (638)	406	.	467	10	93	199	219	64	180	4 584	129	55 132	
Mai	129 (643)		30	369	5	36	196	228	.	125	7 779	298	38 229	
Juni	186 (950)		69	344	.	25	173	260	139	180	.	299	2 947	
Juli	83 (1 147)	201	10	286	.	26	123	243	164	80	.	181	504	
August	118 (1 170)		74	418	.	63	124	206	94	370	.	210	1 108	
September	164 (858)		62	519	64	73	188	233	107	216	.	753	136	
Oktober	149 (1 192)		42	487	23	39	208	252	138	384	.	697	108	
November	131 (1 075)	134	32	381	121	53	198	339	153	152	.	672	186	
Dezember	89 (809)		10	1 462	97	34	118	247	174	.	.	852	66	
Januar	55 (854)		.	751	.	41	66	345	222	218	.	1 313	8 228	
Februar	79 (921)	127	26	116	95	43	72	273	77	180	.	1 676	6 771	
März	112 (1 085)		15	139	45	25	92	154	60	96	.	1 993	5 183	
Summe ...	12 694 (11 342)	868	370	5 739	460	551	1 757	2 999	1 392	2 181	12 363	9 073	118 598	169 045 (11 342)

Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Anzahl der bei den Dienststellen bakteriologisch untersuchten Ratten.

Anlage 17.

Nachweisung

der während der Pestbekämpfung in Muansa von Oberarzt Dr. Manteufel gesammelten und im Königlichen Zoologischen Museum in Berlin (Direktor: Professor Dr. A. Brauer) bestimmten Ratten.

Die Sammlung enthielt:

1. 6 Rüsselratten, Macroscelides pulcher Thos.
2. 4 gelbbraune Ratten, Rennmäuse, Tatera vicinus Mtsch. subsp. nov.
3. 1 schwarzbraune Ratte, Kurzschwanzmaus, Lophuromys sikapusi manteufeli Mtsch. subsp. nov.
4. 1 gestreifte Ratte, Streifenmaus, Lemniscomys barbarus manteufeli Mtsch. subsp. nov.
5. 1 einfarbige Ratte, Hamstermaus, Arvicanthis abyssinicus muansae Mtsch. subsp. nov.
6. 1 einfarbige Ratte, Mausratte, Epimys muansae Mtsch. spec. nov.
7. 1 graue Ratte mit grauweißen Bauchhaaren, Epimys manteufeli Mtsch. spec. nov.
8. 2 graue Ratten mit grauweißen Bauchhaaren, Epimys microdon victoriae Mtsch. subsp. nov.
9. 3 mus musculus, junge Tiere derselben Art wie 8, Epimys microdon victoriae Mtsch. subsp. nov.

Die Beschreibungen dieser neuen Formen erscheinen in den Sitzungsberichten der Gesellschaft naturforschender Freunde zu Berlin.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 18.

Nachweisung

der bei der Leichenschau in Daressalam ermittelten Todesursachen vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Es wurde die Leichenschau ausgeübt bei	totgeborenen Kindern	Kindern unter 1 Jahr	Kindern im Alter von 1 bis 10 Jahren	Verstorbenen im Alter über 10 Jahre	Insgesamt
Negern	1	19	19	124	163
Asiaten	5	31	7	28	71
Summe	6	50	26	152	234

Von den 228 Todesfällen starben an	Insgesamt	Kinder unter 1 Jahr alt	Kinder im Alter von 1 bis 10 Jahren	Menschen im Alter von über 10 Jahren	Davon waren	
					Neger	Asiaten
Lungenentzündung	17	2	2	13	6	11
Chron. Lungenleiden	17	.	.	17	14	3
Lungentuberkulose	9	.	.	9	6	3
Herzfehler	1	.	.	1	1	.
Herzschwäche	5	.	.	5	5	.
Typhus	2	.	.	2	.	2
Dysenterie	1	.	.	1	1	.
Durchfall	3	3	.	.	1	2
Darmkatarrh	14	2	1	11	14	.
Chron. Darmleiden	15	.	3	12	15	.
Wurmkrankheit	35	.	3	32	33	2
Fieber	33	9	11	13	23	10
Malaria	9	4	3	2	3	6
Schwarzwasserfieber	1	1	.	.	.	1
Lebensschwäche	23	22	1	.	6	17
Altersschwäche	13	.	.	13	13	.
Eingeklemmter Bruch	1	.	.	1	1	.
Filariasis	2	.	.	2	1	1
Nabelsepsis	1	1	.	.	.	1
Epilepsie	2	.	.	2	1	1
Dilirium	1	.	.	1	1	.
Brechdurchfall	1	1	.	.	1	.
Bronchialkatarrh	6	2	2	2	5	1
Pest	2	.	.	2	2	.
Geburt u. deren Folgen	4	.	.	4	.	4
Krämpfen	4	3	.	1	4	.
Unbekannter Todesursache	6	.	.	6	6	.
Summe	228	50	26	152	163	65

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 19.

Übersicht

über die im Berichtsjahre 1911/12 im Schutzgebiet ausgeführten wichtigeren Operationen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
				Gouvernemen
				A. Eu
1	Herr K.	Blinddarmentzündung. 4. 7. 11	Gefahr allgemeiner Peritonitis	Blinddarmgegend. 6. 7.
2	Frau M.	Seit 2 Monaten Blinddarm- und Bauchfellentzündung	Lebensgefahr	» 5. 9.
3	Herr R.	Blinddarmentzündung. 2. 10. 11	Gefahr der allmeinen Bauchfellentzündung	» 3. 10.
4	Herr B.	Leberabszeß nach Amöbenruhr. Seit einigen Monaten krank	Lebensgefahr	Lendengegend. 5. 12. 1
5	Herr E.	Löwenbißwunden am 2. 1. 12. Vereiterung des linken Handgelenkes	»	Linkes Handgelenk. 18. 1. 12
6	HerrH.(Syrer)	Leberabszeß nach Amöbenruhr. Seit 4 Monaten krank	»	Lebergegend. 23. 2. 12
				B. F
7	Hari bin Hali	Elefantiasis des Hodensacks	Eigener Wunsch	Hodensack. 7. 4. 11
8	Kifuli	Zerstörung des Auges. Fremdkörper	» »	Augenhöhle. 13. 4. 11
9	Hamiß	Leistenbruch rechts	» »	Leistengegend. 19. 4. 1
10	Penda moja.	Krokodilbiß	» »	Rechter Arm. 3. 5. 11
11	Deruma	Leistenbruch rechts	» »	Leistengegend. 4. 5. 1
12	Tajari	Linkes Fußgelenk. Vereiterung	» »	Linkes Bein. 12. 5. 11
13	Mshahara ...	Zerquetschung des rechten Unterarms	» »	Rechter Arm. 15. 5. 1
14	Tarisi	Leistenbruch rechts	» »	Leistengegend. 24. 5. 1
15	Narau	Blinddarmentzündung. Abszeß	» »	Rechte Unterbauchgeger
16	Sabuni	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 21. 6. 11
17	Juma	Fettgeschwulst	» »	Rechte Lendengegend. 21. 6. 11
18	Kambimbaga	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 24. 6. 11
19	Kasimoto ...	Eingeklemmter Leistenbruch links	» »	Linke Leistengegend. 30. 6. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
nkenhaus Tanga.			
r.			
ankenschnitt, Abtragung Wurmfortsatzes. Drainage	Geheilt	23	
lianschnitt, Flankenschnitt ts und links. Drainage, lungen mit Kochsalzlösung	Gestorben. 10. 9. 11. Herzschwäche	5	Dr. Lott und Dr. Höring. Chloroform-Äther
kzackschnitt, Abtragung Wurmfortsatzes. Drainage	Geheilt	56	
rschnitt am unteren Rande rechten 12. Rippe, Eröffnung des Abszesses. Drainage der Leber	»	57	
ktion des linken Handgelenkes. Stauungsbehandlung	»	48	Dr. Lott und Dr. Müller. Chloroform-Ätherrausch
ktion der rechten 7. Rippe, pleurale Schnittmethode (einseitig). Drainage	Gestorben. 26. 2. 12. Allgemeine Bauchfellentzündung	3	
e.			
agung der kranken Teile	Geheilt	15	
räumung der Augenhöhle	»	43	
dikaloperation (Bassini)	»	9	
utation des rechten Armes	»	17	
dikaloperation (Bassini)	»	12	
utation des linken Unterschenkels	»	11	
mputation des rechten Unterarmes	Gestorben. 16. 5. 11	1	Dr. Lott und Dr. Höring. Chloroform-Äthergemisch
dikaloperation (Bassini)	.	10	
nzision und Drainage	.	7	
dikaloperation (Bassini)	Geheilt	27	
Exstirpation	»	7	
dikaloperation (Bassini)	»	117	
» »	Gestorben. 30. 6. 11	1	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
20	Juma	Leistenbruch links	Eigener Wunsch	Linke Leistengegend. 12. 7. 11
21	Mohamadi ..	» »	» »	Linke Leistengegend. 14. 7. 11
22	Pangani	Urinretention, Strikturen	» »	Blasengegend. 28. 7. 1
23	Saa Kunic ..	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend 28. 7. 11
24	Maxi	Leberabszeß	» »	Rechte Oberbauchgeger 7. 8. 11
25	Mugamera ..	Leistenbruch links	» »	Linke Leistengegend. 9. 8. 11
26	Hali.....	Paranephritischer Abszeß	» »	Rechte Lendengegend 8. 8. 11
27	Selimani....	Eingeklemmter Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend 9. 8. 11
28	Putamba....	Elefantiasis am Hodensack	» »	Hodensack. 25. 8. 11
29	Makidadi ...	Eingeklemmter Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend 25. 8. 11
30	Juma	Elephantiasis scroti von 67 Pfd. Gewicht	» »	Hodensack. 29. 8. 11
31	Sabuni	Eingeklemmter Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 31. 8. 11
32	Maliyatabu..	Zerquetschung des rechten Fußes	» »	Rechtes Bein. 4. 9. 11
33	Kahuma	Fettgeschwülste	» »	Rechte Schulter. 12. 9.
34	Kipimoli....	Abreißung des rechten Armes	» »	Rechtes Schultergelenk 7. 10. 11
35	Mwango	Abreißung beider Unterarme	» »	Beide Unterarme. 10. 10.
36	Chamalogote	Leberkrebs	» »	Rechte Oberbauchgegen 24. 10. 11
37	Ramsu	Psoasabszeß	» »	Unterleib links. 26. 10.
38	Chaukauge .	Elephantiasis scroti	» »	Hodensack. 30. 10. 11
39	Hamiß II ...	» »	» »	» 1. 11. 11
40	Kabarata ...	» »	» »	» 2. 11. 11
41	Mgandi	Leistenbruch links	» »	Linke Leistengegend. 8. 11. 11
42	Hatibu	» rechts	» »	Rechte Leistengegend. 9. 11. 11
43	Niraka	Fibrom im Munde	» »	Mundhöhle. 1. 11. 11
44	Kana	Panophthalmie	» »	Augenhöhle. 4. 11. 11
45	Maroto	Stichverletzung, Bauch	» »	Linke Bauchseite. 7. 11.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
dikaloperation (Bassini)	Geheilt	61	
» »	»	10	
asenschnitt (sectio alta)	»	25	
dikaloperation (Bassini)	»	29	
öffnung des Abszesses	»	33	
dikaloperation (Bassini)	»	14	
Inzision	»	92	
dikaloperation, Herniotomie	»	14	
ernung der kranken Teile	»	25	
dikaloperation, Herniotomie	»	10	
ernung der kranken Teile	»	43	Dr. Lott und Dr. Höring. Chloroform-Äthergemisch
dikaloperation, Herniotomie	»	9	
mputation des rechten Unterschenkels	»	191	
fernung der Geschwulst	»	11	
rtikulation im Schultergelenk	»	95	
Amputation	»	35	
Probeinzision	»	13	
Inzision	»	56	
ernung der kranken Teile	»	36	
» » » »	Gestorben. 5. 11. Bronchopneumonie	5	
» » » »	Geheilt	34	
dikaloperation (Bassini)	»	18	
» »	»	16	Dr. Lott und Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch
fernung der Geschwulst	»	6	
äumung der Augenhöhle	»	42	
Bauchschnitt	Gestorben. 28. 11. Peritonitis	57	Oberarzt Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
46	Hamiß	Leistenbruch rechts	Eigener Wunsch	Rechte Leistengegend 16. 11. 11
47	Mkira	Krebs der Eichel	» »	Penis. 15. 11. 11
48	Useri	Osteomyelitis des rechten Oberschenkels	» »	Rechter Oberschenkel 23. 11. 11
49	Ismaili	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend 28. 11. 11
50	Semsi	Psoasabszeß	» »	Rechte Bauchgegend. 7. 12. 11
51	Ramazau ...	Elephantiasis scroti	» »	Hodensack. 27. 12. 1
52	Gerigembe ..	Dermoidgeschwulst	» »	Mundboden. 12. 12. 1
53	Mussa	Glottisödem (Lues)	» »	Kehlkopf. 15. 12. 12
54	Gombali	Zerquetschung des rechten Fußes	» »	Rechtes Bein. 14. 12.
55	Maliatabu...	Zerquetschung des linken Ellbogens	» »	Linker Arm. 14. 12.
56	Abdurassul..	Blinddarmentzündung	» »	Blinddarmgegend. 22. 12. 12
57	Mbwana	Aneurysma, linke Schlüsselbeinschlagader	» »	Schlüsselbeingrube. 9. 1. 12
58	Ukota	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend 20. 1. 12
59	Magwamba .	» links	» »	Linke Leistengegend 23. 1. 12
60	Anton	» »	» »	Linke Leistengegend 6. 2. 12
61	Sadalla	» rechts	» »	Rechte Leistengegend 10. 2. 12
62	Dukaini	» »	» »	Rechte Leistengegend 10. 2. 12
63	Schauri.....	Knöchelbruch, doppelt	» »	Linker Fuß. 14. 2. 1
64	Mhema	Hodensyphilis	» »	Hoden. 21. 12. 11
65	Msingele....	Abquetschung beider Unterarme	» »	Beide Arme. 2. 3. 12
66	Semakweli..	Penetrierende Brust- und Bauchverletzung, Milzzerreißung	» »	Brust und Bauch. 10. 3.
67	Garimoschi .	Zerquetschung des rechten Fußes	» »	Rechter Fuß. 27. 2. 1
68	Simbayori ..	Sarkom am rechten Oberschenkel	» »	Rechter Oberschenkel 26. 3. 12
69	Ginkagono..	Elephantiasis scroti	» »	Hodensack. 26. 3. 12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
dikaloperation (Bassini)	Geheilt	15	
Amputation des Penis	»	54	
Knochenaufmeißelung	Gestorben. 28. 11. Herzschwäche	4	
dikaloperation (Bassini)	Geheilt	22	
nzision des Abszesses	»	67	
agung der kranken Teile	»	42	
Exstirpation	»	58	
Tracheotomie	Gestorben. 15. 12	1	
Amputation	Geheilt	75	
»	»	33	Stabsarzt Dr. Lott und Oberarzt Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch
xstirpation des Wurmfortsatzes	»	7	
chnitt, Tamponade, Implantation eines frischen Bruchsackes	»	56	
dikaloperation (Bassini)	»	46	
» »	Gestorben. 6. 2. Wundstarrkrampf	18	
» »	Geheilt	53	
» »	»	30	
» »	Gestorben. 16. 2. Darmkatarrh	8	
sektion des Fußgelenkes	Geheilt	68	
xstirpation des Hodens	»	31	
utation in den Oberarmen	»	21	
rotomie, Laparotomie, Milzexstirpation	Gestorben. 10. 3. Blutverlust	1	Oberarzt Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch
sektion des Fußgelenkes	Geheilt	33	
Exstirpation	»	29	
ernung der kranken Teile	»	50	Stabsarzt Dr. Lott und Oberarzt Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
70	Kipingu	Eingeklemmter Leistenbruch rechts	Eigener Wunsch	Rechte Leistengegend 24. 3. 12
71	Madzur Abed	Lipom an der Stirn	» »	Stirn. 29. 3. 12
		Sanitätsdienststel		
72	Mzee.....	Abreißung des linken Armes	Starke Blutung	Linker Oberarm. 28. 12.
73	Mohamadi ..	Zerreißung des rechten Unterarms	» »	Rechter Unterarm. 9. 3.
74	Kisese.....	Zerreißung des linken Armes	» »	Linker Oberarm. 12. 3.
		Gouvernemen		
75	H.	Fremdkörper im linken Fuß. 1. 4. 11	Eigener Wunsch	Rechter Fußrücken. 1. 4. 11
76	B., Syrerin .	Eihautreste	Blutungen, Fieber	22. 4. 11
77	M.	Schußwunde der rechten Hand. 25. 4. 11	Zerreißung der Beuge- u. Strecksehnen des Daumens	Rechter Daumen. 25. 4.
78	Sch.....	Komplizierter Knochenbruch des linken Daumens	Gefahr des schmerzhaften Stumpfes	Linker Daumen. 6. 6.
79	W.....	Fibrom der Kopfhaut	Verletzung beim Kämmen	Kopfhaut. 12. 6. 11
80	R.....	Atherom am Rücken	Eigener Wunsch	Rücken. 1. 8. 11
81	K.	Leberabszeß	Lebensgefahr	Unterleib. 1. 8. 11
82	M.	Paraphimose. 17. 8. 11	Eigener Wunsch	Vorhaut. 17. 8. 11
83	Schm.....	Dammriß 2. Grades. 1. 9. 11	.	Weibliche Genitalien. 2. 9. 11
84	B., Syrer ...	Angeborene Verengerung der Harnröhre	Eigener Wunsch	Vorhaut. 1. 9. 11
85	L., Goanesin	Dammriß mit Verletzung des Afterschließmuskels	» »	Weibliche Genitalien. 12. 9. 11
86	M.	Steißlage des Kindes	.	Weibliche Genitalien. 16. 9. 11
87	Th.	Ektropion des rechten oberen Augenlids	Eigener Wunsch	Auge. 24. 9. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Herniotomie (Bassini)	Geheilt	23	Stabsarzt Dr. Lott und Oberarzt Dr. Müller. Chloroform-Äthergemisch
Exstirpation	»	6	
ngani.			
ge.			
Entfernung der Knochensplitter und Fleischfetzen, Unterbindung, Naht	Geheilt	75	
Unterbindung, Naht	»	22	Chloroformnarkose
» »	Ungeheilt in das Krankenhaus Tanga	5	
ankenhaus Daressalam.			
er.			
Einschnitt, Entfernung	Geheilt. 7. 4. 11	6	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Curettement	» 6. 5. 11	14	
nennaht, Wundverschluß. Massage	» 3. 6. 11	39	Stabsarzt Dr. Exner. Äthernarkose
nputation im Grundglied, Deckung durch Naht	» 16. 6. 11	10	
Exstirpation	» 16. 6. 11	4	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
»	» 11. 8. 11	11	
Inzision. Drainage	» 15. 9. 11	45	Stabsarzt Dr. Exner. Äthernarkose
Spaltung	» 1. 9. 11	15	Stabsarzt Dr. Exner. Ohne Narkose
Naht	» 9. 9. 11	7	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Spaltung, Naht	» 13. 9. 11	5	Stabsarzt Dr. Exner. Ohne Narkose
laht des Schließmuskels, Dammplastik	» 26. 9. 11	14	
Extraktion des Kindes	» 26. 9. 11	10	Stabsarzt Dr. Exner Äthernarkose
Ausschneidung, Naht	Gebessert. 30. 9. 11	6	Stabsarzt Dr. Exner. Kokaineinträufelung

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
88	Bl.	Dammriß 2. Grades. 25. 9. 11	Eigener Wunsch	Weibliche Genitalien. 25. 9. 11
89	Pf.	Schußwunde des linken Ellbogengelenkes. 11. 10. 11	» »	Ellbogengelenk. 13. 10. 1
90	M.	Dammriß 2. Grades. 23. 10. 11	» »	Weibliche Genitalien. 24. 10. 11
91	Kr.	Leberabszeß	Lebensgefahr	Lebergegend. 25. 10. 11
92	E.	Eingewachsener Nagel	Eigener Wunsch	Fuß. 7. 12. 11
93	A.	Angeborene Phimose	» »	Vorhaut. 13. 12. 11
94	L.	Lipom am Rücken	» »	Rücken. 16. 12. 11
95	Bl.	Angeborene Enge des Cervicalkanals der Gebärmutter	Sterilität	Weibliche Genitalien. 21. 1. 12
96	L.	Flügelfell am linken Auge	Eigener Wunsch	Auge. 25. 1. 12
97	H.	Schleimbeutelentzündung am linken Ellbogen	» »	Linker Ellbogen. 5. 3. 1
98	R.	Fibrom im Gesicht	» »	Gesicht. 7. 3. 12
				Sewa-Hadji-Hospital fü
99	Asmani	Elephantiasis scroti et penis	Eigener Wunsch	Hodensack. 5. 4. 11
100	Kibriti	Wasserbruch rechts	» »	» 7. 4. 11
101	Mintanga ...	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 11. 4. 11
102	Hamiß	Elephantiasis scroti et penis	» »	Hodensack. 12. 4. 11
103	RaschidOmar	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 18. 4. 11
104	Ramathau ..	Lebergeschwulst	» »	Lebergegend. 19. 4. 11
105	Seliman	Wasserbruch rechts	» »	Hodensack. 20. 4. 11
106	Feradji	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 21. 4. 11
107	Mrefu	Hydrocele rechts	» »	» 22. 4. 11
108	Selimani	Hydrocele beiderseits	» »	» 25. 4. 11
109	Sudi	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 26. 4. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Naht	Geheilt. 3. 10. 11	9	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Atypische Resektion des linken Ellbogengelenkes	» 21. 12. 11	66	Stabsarzt Dr. Exner. Äthernarkose
Naht	» 2. 11. 11	9	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Einnähung der Leber, Inion. Drainage, Spülungen	Gestorben. 13. 12. 11. Mehrere Abszesse vorhanden	49	Stabsarzt Dr. Exner. Äthernarkose
Exstirpation des Nagels	Geheilt. 16. 12. 11	9	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Spaltung, Naht	» 21. 12. 11	8	Stabsarzt Dr. Exner. Ohne Narkose
Exstirpation, Naht	» 24. 12. 11	8	
Blutige Erweiterung des Cervicalkanals	» 25. 1. 12	5	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Abtrennung, Spaltung in 2 Hälften, Naht	» 5. 2. 12	11	Stabsarzt Dr. Exner. Kokaineinträufelung
Ausschälung des Schleimbeutels	» 26. 3. 12	21	Stabsarzt Dr. Exner. Lokalanästhesie
Exstirpation, Naht	» 14. 3. 12	7	
Einheimische in Daressalam.			
Entfernung der kranken Teile	Geheilt	38	
Radikaloperation (Winkelmann)	»	17	
Radikaloperation (Bassini)	»	34	
Entfernung der kranken Teile	»	40	
Radikaloperation (Bassini)	»	26	
Leistenschnitt. Kein Abszeß	Gestorben. 30. 4. 11	11	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch
Radikaloperation (Bergmann)	Geheilt	23	
Entfernung der kranken Teile	»	16	
Radikaloperation (Winkelmann)	»	23	
Radikaloperation (Winkelmann)	»	18	
Entfernung der kranken Teile	»	172	

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
110	Mintauga ...	Elephantiasis scroti et penis	Eigener Wunsch	Hodensack. 2. 5. 11
111	Simba	Hydrocele beiderseits	» »	» 5. 5. 11
112	Masserwea ..	Hydrocele rechts	» »	» 15. 5. 11
113	Nasoro	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 17. 5. 11
114	»	Wasserbruch links	» »	Hodensack. 17. 5. 11
115	Fungameza .	Hydrocele rechts	» »	» 22. 5. 11
116	Hamissi	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 23. 5. 11
117	Kazimoto...	Hydrocele rechts	» »	» 24. 5. 11
118	Bernhard ...	Hydrocele beiderseits	» »	» 26. 5. 11
119	Banji.....	Leberabszeß	» »	Oberbauchgegend. 22. 6. 1
120	Kompagnia .	Psoasabszeß	» »	Rechte Leistengegend. 21. 6. 12
121	Songoro	Hydrocele rechts	» »	Hodensack. 21. 6. 11
122	Ali	Komplizierter Oberschenkelbruch rechts	» »	Rechter Oberschenkel. 17. 6. 11
123	Maliguma...	Elephantiasis scroti et penis	» »	Hodensack. 27. 6. 11
124	Karumpeta..	Hydrocele links	» »	» 28. 6. 11
125	Allmaß	» rechts	» »	» 16. 6. 11
126	Hamiß	Drüsengeschwulst an der linken Halsseite	» »	Unterkiefergegend. 10. 7. 11
127	Jabo	Elephantiasis scroti et penis	» »	Hodensack. 12. 7. 11
128	Pendakilima	Hydrocele rechts	» »	» 17. 7. 11
129	Abdallah....	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 18. 7. 11
130	Baraka	Hydrocele links	» »	» 19. 7. 11
131	Ambali	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 21. 7. 11
132	Ali	Komplizierter Oberschenkelbruch und Gangrän des Unterschenkels	» »	Rechter Oberschenkel. 15. 7. 11
133	Sudi	Elephantiasis scroti et penis	» »	Hodensack. 25. 7. 11
134	Mohamadi ..	Hydrocele beiderseits	» »	» 26. 7. 11
135	Sufu bin Siaka	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 28. 7. 11
136	Mkunda	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 1. 8. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Entfernung der kranken Teile	Geheilt	27	
Radikaloperation (Winkelmann und Bergmann)	»	15	
Nach Bergmann	Geheilt. 11. 6. 11	27	
Nach Bassini	» 14. 6. 11	28	
Nach Winkelmann	» 14. 6. 11	28	
Nach Bergmann	» 23. 6. 11	32	
Amputation des kranken Gewebes	» 11. 9. 11	111	
Nach Winkelmann	» 24. 6. 11	31	
» »	» 17. 6. 11	22	
Inzision, Drainage	Ungeheilt. 25. 8. 11	67	
Spaltung des Abszesses	Geheilt. 21. 7. 11	31	
Nach Winkelmann	» 8. 8. 11	17	
Desinfektion der Wunde, Erweiterung in Narkose	Amputation s. lfde. Nr. 11. 15. 7. 11	28	
Amputation des kranken Gewebes	Geheilt. 29. 7. 11	32	
Nach Winkelmann	» 23. 7. 11	25	Stabsarzt Dr. Engeland.
» »	» 7. 7. 11	21	Äther-Chloroformgemisch.
Ausschälung	» 21. 7. 11	11	
Amputation des kranken Gewebes	1 Stunde nach der Operation an Herzschwäche gestorben		
Nach Winkelmann	Geheilt. 1. 8. 11	15	
Amputation des kranken Gewebes	Gestorben. 25. 7. 11. Herzschwäche	7	
Nach Winkelmann	Geheilt. 10. 8. 11	22	
Amputation des kranken Gewebes	» 11. 9. 11	50	
Amputation	Stelzfuß. 9. 12. 11	157	
Amputation des kranken Gewebes	Geheilt. 25. 9. 11	62	
Nach Winkelmann	» 4. 8. 11	9	
Amputation des kranken Gewebes	» 30. 8. 11	33	
Nach Bassini	» 28. 8. 11	27	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
137	Hassan	Elephantiasis scroti et penis	Eigener Wunsch	Hodensack. 24. 8. 11
138	Banyanenfrau	Multiple Fibrome in der Achselhöhle, etwa 10 cm lange. 2 cm breite hahnenkammartige Geschwulst	» »	Rechte Achselhöhle. 9. 8. 11
139	Fatma	Abort	» »	Gebärmutter. 3. 8. 11
140	Mzee	Hydrocele beiderseits	» »	Hodensack. 22. 8. 11
141 s. 138	Banyanenfrau	Multiple Fibrome in der Achselhöhle	» »	Rechte Achselhöhle. 26. 8. 11
142	Gabri Hamiß	Leberabszeß	» »	Oberbauchgegend. 4. 9. 11
143	Abedi	Leistenbruch rechts und Hydrocele links	» »	Rechte Leistengegend. 6. 9. 11
144	Juma	Hydrocele beiderseits	» »	Hodensack. 11. 9. 11
145	Mwamali ...	» »	» »	» 19. 9. 11
146	Sabah	» »	» »	» 22. 9. 11
147	Abdalla Diga	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 25. 9. 11
148	Penda Roho	Hydrocele beiderseits	» »	Hodensack. 2. 10. 11
149	Mikondo ...	Hydrocele rechts	» »	» 2. 10. 11
150	Sakamter ...	Afterfistel	» »	After. 4. 10. 11
151	Sefu	Hydrocele rechts	» »	Hodensack. 6. 10. 11
152	Saidi	Paranephritischer Abszeß rechts	» »	Lendengegend. 4. 10. 11
153	Juma	Hydrocele rechts	» »	Hodensack. 6. 10. 11
154	Mohamed...	» links	» »	» 9. 10. 11
155	Abedi	» »	» »	» 9. 10. 11
156	Mwinyimku.	Leberabszeß	» »	Oberbauchgegend. 10. 10. 11
157	Mabruki	Leistenbruch links	» »	Linke Leistengegend. 18. 10. 11
158	Haji	Elephantiasis scroti et penis	» »	Hodensack. 26. 10. 11
159	Tayari	Desgl	» »	» 31. 10. 11
160	Saidi	Sehnenscheidengeschwulst	» »	Handrücken. 1. 11. 11
161	Sakina	Star	» »	Rechtes Auge. 4. 11. 11
162	Chomali	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 7. 11. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Amputation des kranken Gewebes	Geheilt. 7. 10. 11	46	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch
Abtragung der Geschwulstmasse	Die Wunde bis auf kleine Flächen vernarbt. 26. 8. 11	17	Stabsarzt Dr. Engeland. Örtliche Anästhesie mit Novokain-Adrenalin
Ausräumung mit dem Finger	Geheilt. 6. 8. 11	3	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch
Rechts nach Bergmann, links nach Winkelmann	» 10. 9. 11	19	
Abtragung	» 16. 9. 11	21	Stabsarzt Dr. Engeland. Novocain-Adrenalin versagt
Zweizeitige Eröffnung des Abszesses	» 16. 10. 11	42	
Modifizierter Bassini	» 21. 10. 11	45	
Links nach Winkelmann, rechts nach Bergmann	» 23. 10. 11	42	
Nach Winkelmann	» 28. 11. 11	70	
» »	Gestorben. 1. 10. 11. Wurmkrankheit	10	
Nach Bassini	Geheilt. 5. 11. 11	41	
Exstirpation des rechten Hodens	» 26. 10. 11	24	
Nach Winkelmann	» 16. 10. 11	14	
Spaltung	» 11. 10. 11	7	
Nach Winkelmann	» 19. 10. 11	13	
Inzision	Gestorben. 24. 10. 11. Herzschwäche	20	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch
Nach Winkelmann	Geheilt. 16. 10. 11	10	
» »	» 28. 11. 11	50	
» »	» 21. 10. 11	12	
Eröffnung des Abszesses	Gestorben. 27. 2. 12	141	
Nach Bassini	Geheilt. 4. 11. 11	17	
Amputation des kranken Gewebes	» 9. 12. 11	44	
Desgl.	» 25. 12. 11	55	
Exzision der Geschwulst	» 20. 11. 11	19	
Iridektomie, Diszision	Ungeheilt. 14. 11. 11	10	
Nach Bassini	Mit Fistel ins Revier. 28. 12. 11	51	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
163	Shauri.....	Hydrocele beiderseits	Eigener Wunsch	Hodensack. 8. 11. 11
164	Mfaume	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 14. 11. 11
165	Ndanto.....	Leistenbruch rechts und Hydrocele beiderseits	» »	Leistengegend, Hodensack. 15. 11. 11
166	Rehimboks .	Hydrocele beiderseits	» »	Hodensack. 20. 11. 11
167	Marsuku....	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 21. 11. 11
168	Jussuf.....	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 29. 11. 11
169	Heri	Leistenbruch rechts und Hydrocele rechts	» »	Rechte Leistengegend und Hodensack. 13. 12. 11
170	Morsei Rur .	Hydrocele beiderseits	» »	» 19. 12. 11
171	Chaweji	Zermalmung des linken Oberarmknochens durch Flußpferdbiß. Sequesterbildung	» »	Linker Oberarm. 22. 12. 1
172	Jusuf.....	Hydrocele links	» »	Hodensack. 5. 1. 12
173	Zaburini....	KryptogenetischerAbszeß in der hinteren linken Oberschenkelmuskulatur	» »	Linker Oberschenkel. 9. 1. 12
174	Husseinbooks	Hydrocele rechts	» »	Hodensack. 8. 1. 12
175	Bonshwa ...	Elephantiasis scroti et penis	» »	» 25. 1. 12
176	Mwakafa ...	Lymphdrüsenvereiterung an der rechten Halsseite	Lebensgefahr	Rechte Halsseite. 25. 1. 1
177	Mkwabi	Elephantiasis scroti et penis	Eigener Wunsch	Hodensack. 29. 1. 12
178	Marikebu...	KryptogenetischerAbszeß am rechten Oberschenkel	» »	Rechter Oberschenkel. 30. 1. 12
179	HassanDjemal	KryptogenetischerAbszeß an der rechten Schulter und dem rechten Oberschenkel	» »	Rechte Schulter, rechter Oberschenkel. 29. 1. 12
180	Malingumu .	Alter Abszeß in der linken Bauchseite	» »	Linke Bauchseite. 5. 2. 1
181	Haji Hamiß.	Leistenbruch rechts	» »	Rechte Leistengegend. 2. 2. 12
182	Feradji	» links	» »	Linke Leistengegend. 16. 2. 12
183	Chamti.....	Wasserbruch rechts	» »	Hoden und Nebenhoden 20. 2. 12
184	Sadog.....	Vereiterung des rechten Warzenfortsatzes	» »	Kopf. 23. 2. 12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Nach Winkelmann	Geheilt. 27. 11. 11	19	
nn- und Blinddarm und Teil des aufsteigenden kdarms stark verwachsen, nicht reponibel, Naht	Ungeheilt. 23. 12. 11	39	
ach Bassini und Winkelmann	Geheilt. 18. 12. 11	33	
Nach Winkelmann	» 4. 12. 11	14	
mputation des kranken Gewebes	» 6. 1. 12	46	
Nach Bassini	» 23. 12. 11	24	
ach Bassini und Winkelmann	» 20. 1. 12	38	
Nach Winkelmann	» 6. 1. 12	18	
Sequestrotomie	» 1. 2. 12	41	
Nach Winkelmann	» 20. 1. 12	15	
Eröffnung	» 1. 3. 12	51	
Nach Winkelmann	» 28. 1. 12	20	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch.
mputation des kranken Gewebes	» 29. 3. 12	64	
Inzision. Drainage	» 2. 2. 12	8	
mputation des kranken Gewebes	» 4. 3. 12	35	
Inzision. Drainage	» 17. 2. 12	18	
palten beider Abszesse	» 29. 3. 12	59	
Breite Spaltung	» 29. 3. 12	53	
Nach Bassini	» 26. 2. 12	24	
» »	» 9. 3. 12	23	
Nach Winkelmann	» 2. 3. 12	12	
Aufmeißelung	» 31. 3. 12	37	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
187	Hambulan ..	Altersstar	Eigener Wunsch	27. 2. 12
188	Abdrachin Nurbay	Hydrocele rechts	» »	1. 3. 12
189	Rajabu b. Uledi	» »	» »	5. 3. 12
190	Kondo	Leistenbruch rechts	» »	8. 3. 12
		Sanitätsdienststell		
		A. Eur		
191	N. N.....	Osteomyelitis des linken 3. Fingergrundgliedes	Eigener Wunsch	Linkes Fingergrundglied. 21. 6. 11
192	N. N.....	Pistolenschuß am linken Zeigefinger	Knochen-zersplitterung, Zerreißung der Sehnen	Linker Zeigefinger. 14. 1. 12
		B. Fa		
193	Panya	Entzündliche Phimose	Eigener Wunsch	Vorhaut. 22. 1. 12
194	Said.....	Zerreißung der Bauchdecken. 24. 1. 12	» »	Bauchdecken und Bauchfell. 24. 1. 12
195	Juma.....	Zerquetschung des rechten Mittelfingers	» »	Grundglied des rechten Mittelfingers. 28. 1. 12
196	Raschid	Panaritium des rechten Zeigefingers. Seit Wochen	» »	Mittelglied des rechten Zeigefingers. 29. 1. 12
197	Maruf	Abreißung des linken Mittelfingers. 19. 2. 12	» »	Grundglied des linken Mittelfingers
198	Mpanda	Komplizierter mehrfacher rechter Oberarmbruch. 14. 2. 12	Eitrige Nekrose des Vorderarms	Oberes Drittel des rechten Oberarms
		Sanitätsdienststell		
		Fa		
199	Samanga ...	Doppelseitiger Wasserbruch. Seit $1^1/_2$ Jahren	Eigener Wunsch	Hodensack. 15. 2. 12
200	Mbanikiro ..	Elefantiasis des Hodensacks mit rechtsseitigem Leistenbruch	» »	Hodensack und rechtsseitige Leistengegend. 25. 3. 12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Glaskörpervorfall	Ungeheilt. 7. 3. 12	9	
Nach Winkelmann	Geheilt. 7. 12. 12	7	Stabsarzt Dr. Engeland. Äther-Chloroformgemisch
» »	» 30. 4. 12	56	
Nach Bassini	» 28. 3. 12	21	Stabsarzt Dr. Engeland. Novocain-Adrenalin-Lokal-Anästhesie nach Braun
.ibrndi.			
.rəier.			
ıskratzung, Amputation des linken 3. Fingers	Heilung	20	Stabsarzt Dr. Neubert. Chloroform
nputation des Mittelgliedes	»	25	Oberarzt Dr. Wolff. Chloroform
.9ıge.			
Circumzision	Heilung	21	
Naht	»	33	
Amputation	»	52	
»	»	49	Oberarzt Dr. Wolff. Chloroform
»	»	35	
»	»	31	
rıhenge.			
.9ıge.			
Radikaloperation	Geheilt. 16. 3. 12	30	
»	» 16. 4. 12	22	Dr. Schuhmacher. Chloroform-Äther-Narkose

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
				Sanitätsdienststelle II
				Far
201	Dodoni	Schlangenbiß; infolge zweitägiger Abschnürung Nekrose des linken Unterschenkels. Aufnahme 9. 5. 12	Eigener Wunsch	Linker Unterschenkel unterhalb des Kniegelenkes. 13. 5. 11
202	Ali	Leberabszeß. 17. 5. 12	Lebensgefahr	Lebergegend. 19. 5. und 13. 6. 11
203	Sugwa	Rechtsseitiger Leistenbruch	Eigener Wunsch	Rechte Leistengegend. 9. 6. 11
204	Bulero	Elefantiasis des Hodensacks, rechtsseitiger Wasserbruch. 20. 9. 11	» »	Skrotum. 30. 9. 11
205	Selimani	Hypertrophische Leberzirrhose, Ascites. 1. 10. 11.	» »	Gegend oberhalb des Nabels. 1. 10. und 11. 10. 11
206	Kagiyi	Beiderseits überzähliger 6. Finger. 20. 10. 12	Wunsch der Eltern	20. 10. 11
207	Sadi	Unterschenkelvarizen	Eigener Wunsch	Linker Unterschenkel. 23. 10. 11
208	Mkama	Wasserbruch beiderseits	» »	Hodensack. 1. 12. 11
209	Tindiro	Milztumor, beginnende Peritonitis	Lebensgefahr	Bauch. 12. 1. 12
210	Wutalla	Sehnenzerreißung der linken Hand	Herstellung der verlorenen Funktionen	Linke Hand. 12. 1. 12
				Sanitätsdienststelle
				A. Euro
211	L.....	Komplizierter Knochenbruch, rechter Kleinfinger (Schußverletzung). 28. 11. 11	Versuch, einen einigermaßen gebrauchsfähigen Finger herzustellen	Rechter kleiner Finger. 30. 11. und 22. 12. 11
212	G.	Lymphdrüsenvereiterung	Eigener Wunsch	Linker Oberschenkel. 23. 12. 11 und 12. 1. 12
				B. Far
213	Amdallah ...	Eingeklemmter Leistenbruch	Beseitigung der Lebensgefahr	Linke Leistengegend. 21. 8. 12
214	Sahani	Elefantiasis des Hodensacks	Eigener Wunsch	Hodensack. 3. 10. 11

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
abora.			
ige.			
mputation des linken Unterschenkels	Geheilt. 3. 8. 11	25	Stabsarzt Dr. Marshall. Chloroform
Rippenresektion, Inzision. Drainage	» 19. 9. 11	125	
Radikaloperation	» 14. 6. 11	7	
adikaloperation, Entfernung der kranken Teile	» 20. 12. 11	91	Stabsarzt Dr. Marshall. Chloroform und Äther.
Punktion, Entleerung von 9 500 ccm Flüssigkeit 1. 10, Laparotomie, Talmasche Operation 11. 10	» 30. 10. 11	29	Stabsarzt Dr. Marshall. Novocainanästhesie
Ablativ, Naht	» 25. 10. 11	5	Stabsarzt Dr. Marshall. Chloroform
Resektion von Venen	Gebessert entlassen	26	
Radikaloperation	Geheilt. 29. 3. 12	122	Assistenzarzt Dr. Lange. Novocainanästhesie
Laparotomie	» 22. 2. 12	69	Assistenzarzt Dr. Lange. Chloroform-Äther
Sehnennaht	Gebessert. 2. 3. 12	50	
luansa.			
äer.			
ntfernung der Knochenreste, Naht	Gebessert	41	Oberarzt Dr. Petzoldt. Chloroform
Spaltung	Geheilt	118	
ige.			
adikaloperation nach Bassini	Geheilt	42	Oberarzt Dr. Petzoldt. Chloroform.
Abnahme der Geschwulst	»	220	Oberarzt Dr. Petzoldt. Chloroform. Komplikation durch rechtsseitigen äußeren Leistenbruch

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Name des Kranken	Art und Ursache des Leidens. Tag der Erkrankung oder Verschlimmerung	Veranlassung zur Operation	Körperstelle. Tag der Operation
215	Kasana(Weib)	Fibrom	Eigener Wunsch	22. 9. 11
216	Nubie	Zertrümmerung des rechten Armes. 11. 9. 11.	Lebensgefahr	Rechter Arm. 13. 9. 11
217	Saa tissa ...	Elefantiasis des Hodensacks	Eigener Wunsch	Hodensack. 20. 10. 11
218	Kitatora	Narben Keloide. 10. 11. 11	» »	10. 11. 11
219	Umte moja .	Elefantiasis des Hodensacks	» »	3. 11. 11
220	Negema	Perforierende Bauchwunde mit Dünndarmvorfall. 5. 12. 11	Lebensgefahr	Bauch. 5. 12. 11
221	Majenga	Elefantiasis des Hodensacks	Eigener Wunsch	Hodensack. 16. 12. 11
				Sanitätsdienststelle
				A. Euro
222	E.....	Bauchfellentzündung. 15. 5. 11	Leberabszeß, Lebensgefahr	Rechte Brusthälfte. 13. 6. 11
				B. Far
223	Mkagira	Tripper, Mastdarmfistel	Wunsch des Sultans	Damm. 12. 4. 12
224	Ngango.....	Leistenbruch rechts	Eigener Wunsch	Rechte Leiste. 1. 5. 11
225	Kischuka ...	Bauchstichverletzung mit Netz- und Dünndarmvorfall. 24. 7. 11	Lebensgefahr	Bauch. 25. 7. 11
226	Kajima	Komplizierter Bruch des rechten Oberarms	Sepsis	Rechter Oberarm. 18. 8. 11
227	Jiramula	Traumatischer Osteomyelitis des linken Schienbeins	Eigener Wunsch	Linker Unterschenkel. 21. 9. 11
228	Kajambo ...	Doppelseitiger Wasserbruch	» »	Hodensack. 22. 9. 11
229	Kabeira	Fibrolipomatose	» »	Stirn. 26. 9. 11
230	Biruana	Alte Schußverletzung, Leistenbeuge	» »	Rechte Leistenbeuge. 19. 10. 11
231	Bukaiga	Nekrose und Phlegmone am linken Fuß	» »	Linker Fuß. 31. 10. 11
232	Maschascha.	Fibrom der Oberlippe	» »	Oberlippe. 1. 11. 11
233	Mabruki	Eitrige Entzündung des rechten Fußgelenkes. Tbc.?	Septisches Fieber	Rechtes Fußgelenk. 6. 2. 12
234	Kiamagirre .	Osteomyelitis des rechten Wadenbeins	Eigener Wunsch	Rechtes Wadenbein. 27. 2. 12
235	Naguscha ...	Lipom des rechten Schulterblatts	» »	Rechte Schulter. 18. 3. 12

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Operationsart. Verlauf. Behandlung	Ausgang. Tag des Todes. Todesart	Behandlungsdauer in Tagen	Name des Operateurs. Narkose. Bemerkungen
Exzision	Geheilt	42	
Amputation	»	41	
Abnahme der Geschwulst	»	71	
» » »	»	37	Oberarzt Dr. Petzoldt. Chloroform
» » »	»	20	
Laparotomie	Gestorben. Herzschwäche	1	
Abnahme der Geschwulst	Geheilt	59	
akoba.			
ier.			
öffnung des Leberabszesses	Geheilt	41	Stabsarzt Dr. Grothusen. Chloroform
ge.			
Spaltung	Geheilt	67	
dikaloperation nach Bassini	»	21	
position der Dünndarmhlingen nach Laparotomie	Gestorben 26. 7. 11. Herzschwäche	1	Stabsarzt Dr. Grothusen. Chloroform
Amputation	Geheilt	8	
Sequestrotomie	»	189	Stabsarzt Dr. Grothusen und Dr. Ruschhaupt. Chloroform
Radikaloperation nach Winkelmann	»	31	
Entfernung	»	180	
Extraktion der Kugel	»	30	Stabsarzt Dr. Grothusen. Chloroform
Amputation	»	76	
Exzision	»	58	
Auskratzung	Bleibt Bestand	53	
ifmeißelung des Wadenbeins	» »	33	Stabsarzt Dr. Neubert. Chloroform
Ausschälen des Tumors	Geheilt	8	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nach

der in Deutsch-Ostafrika festgestellten Leprakranken sowie der vorhandener

Nr.	Bezirk	Lfde. Nr. der Lepraheime bzw. dörfer	Name der Lepraheime bzw. Lepradörfer	Lepröse Insassen			Summe
				Männer	Frauen	Kinder	
1	Wilhelmsthal	1	Hohenfriedeberg-Mala	10	4	.	14
2	Tanga	2	Gombero	.	.	.	.
3	Pangani	3	Boza	?	?	?	8
4	Bagamojo	4	Nunge	64	41	2	107
5	Daressalam	5	Daressalam	?	?	?	16
6	Mohoro	6	Mohoro	27	22	4	53
	«	7	Mtete	?	?	?	46
7	Kilwa	8	Kibata	42	21	.	63
	«	9	Nakihn	8	8	.	16
	«	10	Kiswere	11	11	.	22
	«	11	Mariwe	27	21	.	48
	«	12	Nadaba	10	10	.	20
	«	13	Kitwrika	40	38	2	80
	«	14	Mafia	22	18	.	40
8	Lindi	15	Kionga	?	?	?	140
	«	16	Nahinga	?	?	?	48
9	Moschi(Aruscha)		.	.	.	.	.
10	Mpapua mit Kondoa-Irangi	17	Mamboya	2	2	2	6
	«	18	Nganzallo	.	4	.	4
11	Morogoro	19	Nararrani	87	72	13	172
	«	20	Muina	84	80	29	193
	«	21	Kipambawe	88	41	4	133
	«	22	Kikeo	33	23	2	68
	«	23	Kissange	23	20	2	45
	«	24	Nazimbu	21	14	2	37
	«	25	Mindu	29	29	7	65

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 20.

...eisung

...praheime und Lepradörfer nach dem Stande vom 1. April 1912.

...esunde Angehörige			Summe	Nicht internierte Lepröse	Bemerkungen
...nner	Frauen	Kinder			
.	.	.	.	unbekannt	Unter Aufsicht der Mission Hohenfriedeberg.
.	.	.	.		Lepraheim bei der Missionsstation Gombero in Vorbereitung. Lepröse bisher nach Bagamojo verbracht.
				5 Lepröse vorläufig auf der Quarantäneinsel bei Tanga untergebracht.	
.	.	.	.	30	
.	1	1	2	unbekannt	
.	.	.	.	etwa 600	
.	2	14	16		
.	.	.	.		
.	.	.	.		
.	.	.	.		
.	.	.	.	unbekannt	Unter Aufsicht des Bezirksamtes.
.	.	.	.		
.	.	.	.		
.	.	.	.		
.	.	.	.		
.	1	1	.	etwa 600	
.	2	2	.		
.	.	.	.	nur einige wenige	Internierung noch nicht erfolgt.
.	.	.	.		Unter Aufsicht vom Bezirksamt und Mission.
.	.	.	.		
5	8	18	31		
1	16	11	28		
1	.	5	6	unbekannt	
3	8	7	18		Unter Aufsicht des Bezirksamtes.
5	7	12	24		
	8	6	14		
1	6	7	24		

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nr.	Bezirk	Lfde. Nr. der Lepra-heime bzw. dörfer	Name der Lepraheime bzw. Lepradörfer	Lepröse Insassen			Summ
				Männer	Frauen	Kinder	
	(Kilossa)	26	Msoteweberg.....	?	?	?	24
	«	27	Mtrizi	?	?	?	5
	«	28	Ruhembe	?	?	?	7
	«	29	Kidete.....	?	?	?	26
12	Kilimatinde mit Mkalama	.	.	.	.	.	.
13	Iringa	30	Madibira	20	21	.	41
	«	31	Pommern.....	.	3	.	3
	«	32	Tosamaganga	2	1	.	3
14	Mahenge	33	Tabora (Mahenge) .	221	97	145	463
15	Ssongea	34	Lemdussi.....	62	62	6	130
16	Neu-Langenburg	35	Bulongwa	45	30	3	78
	«	36	Neu-Wangemanns-höhe	131	196	47	374
	«	37	Nandemere	114	108	33	255
	«	38	Rutenganio	197	224	26	447
	«	39	Rungwe	37	57	3	97
	«	40	Isoko I Mugofi....	139	39	8	186
	«	41	Kissaku	100	60	7	167
	«	42	Mkulwe I.....	7	5	1	13
	«	43	Isoko II Karombo-Igoje	25	13	2	40
	«	44	Mkulwe II	4	4	.	8
17	Muansa mit Schirati	.	.	.	.	.	.
18	Tabora	45	Ushirombo.....	?	?	?	?
	«	46	Ussoko	?	?	?	?
19	Udjidji (Bismarkburg)	47	Mwazi (Tengawili).	4	3	1	8
20	Usumbura	.	.	.	.	.	.
21	Ruanda	.	.	.	.	.	.
22	Bukoba	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sunde Angehörige			Summe	Nicht internierte Lepröse	Bemerkungen
ner	Frauen	Kinder			
	.	.	.		
	.	.	.	unbekannt	Unter Aufsicht des Bezirksamtes.
	.	.	.		
	.	.	.		
	.	.	.	Rund 636	Internierung noch nicht durchgeführt.
	11	3	14	unbekannt	Unter Aufsicht der Militärstation und der Mission: Madibira.
	.	.	.		Pommern.
	.	.	.		Tosamaganga.
8	60	94	162	unbekannt	Kwiro.
	.	.	.	etwa 253	Unter Aufsicht der Mission Peramiho.
2	17	12	31		Unter Aufsicht des Bezirksamtes und der Missionsstation: Bulongwa.
4	71	282	387		Neu-Wangemannshöhe.
7	33	43	103		Ipyana.
1	102	161	324		Rutenganio.
5	24	28	57		Rungwe.
5	81	130	246	unbekannt	Isoko.
4	38	55	107		Neu-Wangemannshöhe.
3	5	7	15		Mkulwe.
3	27	36	71		Isoko.
2	2	3	7		Mkulwe.
	.	.	.	etwa 100	Internierung noch nicht erfolgt.
	?	?	?	etwa 600	Unter Aufsicht des Bezirksamtes und der Mission Uschirombo. In der Einrichtung begriffen.
	?	?	?		Unter Aufsicht des Bezirksamtes und der Mission Ussoko. In der Einrichtung begriffen.
	.	.	.		Unter Aufsicht der Bezirksnebenstelle und der Mission Mwazie.
	.	.	.	unbekannt	Noch keine Feststellungen.
	.	.	.		
	.	.	.		

Anlage 21.

Nachweisungen

über Schlafkrankheit im Bezirke Bismarckburg
Berichtsjahr 1911/12.

Aufgestellt von Stabsarzt Dr. Stolowsky.

a. Nachweisung über im Bezirk Bismarckburg im Berichtsjahr 1911/12 behandelte Schlafkranke[1]).

Gebiet	Station	Zahl	Geheilt bzw. gebessert	Gestorben	Summe	Bestand bleiben
Tanganika-Südküste	Bismarckburg	34	1	4	5	29

b. Übersicht der Küstenplätze[2]) des südlichen Tanganika, in denen die behandelten Schlafkranken[3]) in Zugang kamen.

Ort der Feststellung	Zahl	Davon Kongoleute	Positiver Blut- bzw. Drüsenbefund	Palpalis-Vorkommen
Bismarckburg	3	.	1	positiv
Kipanga	2	.	1	"
Isinga	8	.	8	"
Mninza	1	.	1	"
Kisumbi	2	1	2	"
Kirando mit Umgebung	13	9	13	"
Karema	5	5	5	"

[1]) In sämtlichen Fällen bis auf 3, wo Behandlung bereits vorangegangen, wurde die Diagnose durch positiven Trypanosomenbefund im Drüsensaft bzw. im Blut gestellt.

[2]) Der Ort der Feststellung ist meist nicht identisch mit Infektionsort.

[3]) Die Übersicht umfaßt nur jene Trypanosomenträger, die auf deutscher Seite ansässig und behandelt sind. — Kongoleute, die als Trypanosomenträger zwar festgestellt sind, sich aber der Behandlung durch schleunige Rückkehr in die Heimat entzogen, sind in die Übersicht nicht aufgenommen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 22.

Nachweisung

über die Verbreitung der Tuberkulose in Deutsch-Ostafrika.

Berichtsjahr	Europäer	Farbige	Gesamtzahl
1903/04	2	18	20
1904/05	.	20	20
1905/06	2	8	10
1906/07	5	19	24
1907/08	6	21	27
1908/09	7	33	40
1909/10	19	45	64
1910/11	16	58	74
1911/12	17	90	107

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 23.

Nachweisung

über die Verbreitung der Wurmkrankheit in den Südbezirken.

Datum	Ort der Untersuchung	Anzahl der untersuchten Leute	Zahl der Wurmträger	% der Wurmträger	Bemerkungen
		1. Lindibezirk.			
15.–19. 5. 1911	Pflanzung Kikwetu bei Lindi	523	107	520,5	1. Untersuch. 91=66 2. » 14=11 3. » 2= 1,5
6.—8. 6. 1911	Desgl. (neue eingetretene Wangoni)	96	76	79,6	
25./26. 6. 1911	Pflanzung Pemba bei Mikindani	325	79	24,7	
30./31. 5. 1911	Pflanzung Naitivi bei Lindi	230	79	34,4	1. Untersuch. 59=25,7 2. » 17= 7,4 3. » 3= 1,3
16./17. 7. 1911	Desgl.	84	19	20,2	
19. 7. 1911	Lutamba	28	3	10,3	
22./23. 7. 1911	Tendaguru	247	91	37,0	Wasser schlecht, brack Wohnungen der A beiter Stroh- u. Ba bushütten, Klosett nic vorhanden
23. 7. 1911	Matapua	109	6	5,4	
28. 7. 1911	Ruangwa	101	.	.	Leute meist entflohen. Ruangwa Klosett vo handen, aber zerfalle
31. 7. 1911	Muero	148	11	7,0	4 Kinder mit Bilharzi
2. 8. 1911	Ruponda	247	27	10,9	9 » » »
4. 8. 1911	Chingwuea	76	14	18,45	12 » » » Wasser schlecht (Wasserloch).
5./6. 8. 1911	Massassi	197	38	10,9	17 Kinder mit Bilharzi
8. 8. 1911	Mikangaula	81	3	3,7	
12./13. 8. 1911	Jumesule	477	137	27,0	41 » » » 25 % der untersuchte Kinder. Wasser a Wasserlöchern mei trübe und milchig.
16.–18. 8. 1911	Tunduru	506	283	50,6	13 Kinder mit Bilharzi
19. 8. 1911	Ligoma	118	54	45,7	
20. 8. 1911	Luingo	356	143	39,9	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Datum	Ort der Untersuchung	Anzahl der untersuchten Leute	Zahl der Wurmträger	% der Wurmträger	Bemerkungen
21. 8. 1911	Jumbe Quaia	406	115	28,3	
22. 8. 1911	Libebo	654	293	43,3	7 Kinder mit Bilharzia.
26. 8. 1911	Sassawara	409	156	38,1	8 » » »
4. 9. 1911	Ligohore	114	28	24,5	13 » » » NeuerBrunnen angelegt.
7. 9. 1911	Minjabu (Sultan Mtarika)	273	79	28,8	18 Kinder mit Bilharzia. Neue Wasserstelle angelegt an fließendem Gewässer.
7. 10. 1911	Masombe	191	39	20,5	5 Kinder mit Bilharzia.
8. 10. 1911	Jumbe Halifa	162	52	32,1	5 » » »
9. 10. 1911	Lukumbule	184	89	48,3	28 » » »
11. 10. 1911	Nehesi	63	22	35,0	23 » » »
13. 10. 1911	Makua	217	77	35,5	21 » » » Viel Buba.
14. 10. 1911	Sultan Undi	79	28	35,5	8 Kinder mit Bilharzia.
15. 10. 1911	Jumbe Mahutira.....	264	65	25,0	9 » » »
	2. Ssongeabezirk.				
1. 9. 1911	Jumbe Mtira Sassawara.	70	40	57,14	Wasserloch verschmutzt. 5 Erwachsene mit Bilharzia. 9 Kinder mit Bilharzia.
11. 9. 1911	Jumbe Issa	56	15	26,7	4 » » »
13. 9. 1911	Muhuga	40	20	50,0	1 Kind mit Bilharzia. Wasserloch mit schlechtem Wasser. Strohhütten.
18. 9. 1911	Likondo	17	10	58,8	
27. 9. 1911	Ssongea	718	172	24,0	Unter 51 Schulkindern 27 mit Bilharzia.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 24.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen beim Bau der Zentralbahn vom 16. März 1911 bis 15. März 1912.

Berichterstatter Dr. Lenz.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	.	61	.	60	.	1
Windpocken	.	6	.	6	.	.
Masern (Röteln)	.	6	.	6	.	.
Unterleibstyphus	6	.	6	.	.	.
Rückfallfieber	3	8	3	8	.	.
Malaria	250	570	244	484	.	4
Schwarzwasserfieber	7	.	6	.	.	.
Grippe	8	.	8	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	3	4	1	.	1	1
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	1	.	.	.	.
Ruhr	20	300	18	250	1	29
Gelenkrheumatismus, akuter	5	19	5	15	.	1
" chronischer	.	3	.	3	.	.
Blutarmut	.	1	.	1	.	.
Zuckerkrankheit	1	.	1	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	3	2	2	2	.	.
" " tierische Gifte	.	1	.	1	.	.
" " andere Gifte	1	6	1	3	.	2
Sonnenstich	1	.	1	.	.	.
Lepra	.	13	.	.	.	1
Frambösie	.	13	.	10	.	.
Bösartige Geschwülste	2	4	1	3	1	.
Andere allgemeine Erkrankungen	.	1	.	1	.	.
Summe der Gruppe I	310	1 019	297	853	3	39
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Geisteskrankheiten	1	2	1	.	.	.
Fallsucht	.	10	.	5	.	3
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	6	102	5	102	.	.
Krankheiten des Gehirns	4	6	4	2	.	3
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	1	1	1	1	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	.	1	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	2	.	1	.	1
Nervenschwäche	10	23	9	22	.	.
Hysterie	1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	3	70	2	70	.	.
Summe der Gruppe II	26	217	23	203	.	7
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	3	16	3	16	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	8	43	8	43	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	2	266	2	266	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	36	2 148	36	1 770	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	2	28	2	28	.	.
Akute Lungenentzündung	1	91	1	63	.	22
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	35	.	29	.	5
Asthma	1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	1	86	1	85	.	.
Summe der Gruppe III	54	2 713	54	2 300	.	27
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Erkrankung der Herzklappen	2	2	.	.	.	2
Herzmuskelschwäche	1	.	1	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	6	.	6	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	.	2	.	1	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	1	.	.	.	.	.
Hämorrhoiden	4	.	4	.	.	.
Venenentzündung	.	1	.	.	.	1
Entzündung der Lymphgefäße	.	3	.	3	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	3	49	3	45	.	.
Leukämie	1	.	.	.	.	.
Perniziöse Anämie	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	1	1	1	1	.	.
Summe der Gruppe IV	20	58	15	50	.	3

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	34	283	34	273	.	.
Mandelentzündung	15	71	15	70	.	.
Rachenentzündung	4	25	4	24	.	1
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	1	22	1	22	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	4	.	4	.	.
Akuter Magenkatarrh	22	1 056	23	595	.	.
Chronischer Magenkatarrh	8	17	8	17	.	.
Magengeschwür	.	1	.	.	.	1
Akuter Darmkatarrh	32	2 176	32	1 839	.	4
Chronischer Darmkatarrh	4	82	4	69	.	11
Brechdurchfall	1	5	1	5	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	2	.	1	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	11	.	10	.	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	1	.	1	.	.
Katarrh. Gelbsucht	1	4	1	4	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	4	.	4	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	4	7	4	7	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	3	116	3	105	.	.
Summe der Gruppe V	145	3 872	144	3 036	.	17
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Nierenentzündung	2	1	2	1	.	.
Blasenkatarrh	4	4	4	4	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	1	.	1	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	4	6	4	5	.	.
Verengerung der Harnröhre	2	1	2	1	.	.
Wasserbruch	.	4	.	2	.	1
Andere Krankheiten der Gruppe VI	.	4	.	1	.	.
Summe der Gruppe VI	13	20	13	14	.	1
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	64	97	64	82	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	12	55	12	54	.	.
Weicher Schanker	22	39	21	37	.	.
Bubo	9	20	9	19	.	.
Syphilis	31	59	29	37	.	1
Summe der Gruppe VII	138	270	135	229	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
VIII. Augenkrankheiten.						
ansteckende:						
Kontagiöse Augenentzündung						
a) Granul. Katarrh	.	21	.	20	.	.
b) Folgezustände	.	19	.	19	.	.
Akute Blennorrhöe	.	1	.	.	.	.
Chronische Blennorrhöe	.	1	.	.	.	1
Tripperblennorrhöe	.	5	.	4	.	.
nichtansteckende:						
der Lider	1	27	1	26	.	.
der Bindehaut	12	574	12	472	.	.
der Tränenorgane	.	1	.	.	.	.
der Augenmuskeln	.	3	.	2	.	.
der Hornhaut	9	200	9	49	.	1
der Regenbogenhaut	1	4	1	4	.	.
der Linse	1	6	1	3	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	1	.	1	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	1	.	1	.	.	.
Nachtblindheit	.	4	.	1	.	.
Andere Augenkrankheiten	3	70	3	69	.	.
Summe der Gruppe VIII	28	937	28	670	.	2
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörganges	6	23	6	23	.	.
Akute Mittelohrentzündung	4	97	4	95	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	27	.	26	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	6	.	5	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	4	.	4	.	.
Summe der Gruppe IX	10	157	10	153	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	2	38	2	38	.	.
Akute Hautkrankheiten	19	615	19	612	.	.
Chronische Hautkrankheiten	3	373	3	373	.	.
Unterschenkelgeschwür	3	3 296	3	2 555	.	15
Panaritium	3	20	3	20	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	25	740	25	563	.	1
Furunkel	10	34	10	30	.	.
Gutartige Geschwülste	1	45	1	41	.	1
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	8	.	8	.	.	.
Summe der Gruppe X	74	5 161	74	4 232	.	17

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	4	9	4	8	.	1
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	1	.	1	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus	.	30	.	23	.	1
Fußgeschwulst	.	26	.	26	.	.
Muskelrheumatismus	23	88	23	84	.	1
Andere Krankheiten der Muskeln	.	18	.	16	.	1
Krankheiten der Schleimbeutel	.	3	.	3	.	.
Sehnenscheidenentzündung	1	3	1	2	.	.
Krankheiten der Sehnen	2	1	2	1	.	.
Summe der Gruppe XI	30	179	30	164	.	4
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Wundlaufen	1	.	1	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	11	6	11	6	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	4	.	4	.	.
« « Unterarms	1	9	1	7	.	.
« der Hand	1	8	1	7	.	.
« des Oberschenkels	.	6	.	3	.	2
« « Unterschenkels	2	17	1	9	.	2
« « Fußes	2	4	1	3	.	.
« « Schlüsselbeins	.	2	.	2	.	.
« der Rippen	.	1	.	1	.	.
« « Wirbelsäule	1	.	.	.	1	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	7	19	7	19	.	.
Verstauchung der Gelenke d. unteren Gliedmaßen	2	382	1	381	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	.	1	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	2	.	2	.	.
Schußwunden	3	8	3	6	.	1
Hieb- und Schnittwunden	8	1 524	8	1 211	.	.
Stichwunden	1	529	1	528	.	.
Riß- und Quetschwunden	26	6 992	26	4 738	.	2
Bißwunden	10	2	9	2	.	.
Verbrennung	7	45	6	38	.	2
Andere Verletzungen	1	37	1	32	.	1
Summe der Gruppe XII	85	9 597	79	6 999	1	10

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Filariasis	.	14	.	13	.	.
Ankylostomiasis	.	25	.	15	.	3
Bandwurm	12	4	12	4	.	.
Bilharziosis	.	1	.	1	.	.
Sandflohgeschwür	5	233	5	229	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	9	13	9	11	.	2
Summe der Gruppe XIII	26	290	26	273	.	5
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Entbindung	3	.	3	.	.	.
Frauenkrankheiten	4	1	4	1	.	.
Summe der Gruppe XIV	7	1	7	1	.	.
XV. Andere Krankheiten.						
Allgemeine Körperschwäche	.	9	.	3	.	6
Altersschwäche	.	1	.	.	.	1
Zur Beobachtung	22	11	21	9	.	1
Summe der Gruppe XV	22	21	21	12	.	8

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 25.

Bahnbau der Usambarabahn.

Nachweis

der im Krankenhaus verpflegten Europäer
(April 1911 bis März 1912).

Berichterstatter Dr. Elsaesser.

Name der Krankheit	Zahl der Erkrankten	Krankheitstage der einzelnen Europäer	Krankheitstage in Summa	Krankheitstage Durchschnittssumme	Bemerkungen
Gastrisches Fieber	1	4	4	4	
Unterleibstyphus	1	40	40	40	Infektionsort wahrscheinlich Tanga.
Rückfallfieber	(1)	.	.	.	(zugereist) kompl. mit Malaria.
Malaria	29	1—20	176	6	meist tropica, häufig tertiana, zweimal quartana.
Schwarzwasserfieber	2	19	19	9,5	beidemale bei Frauen, einmal mit tropica, einmal mit Quartanaparasiten.
Gicht	1	30	30	30	kompl. m. Asthma bronchial (Rückfall).
Andere allgem. Erkrankungen	3	15, 3, 3	21	7	Haemophilie Erythema multiforme, Calomelvergiftung.
Ichias	1	73	73	73	schwere Form mit Muskelatrophie. Jetzt gesund.
Bronchopneumonie Pleuritis	1	24	24	24	(Goanese).
Chron. Lungenkatarrh mit Asthma	(1)				s. b. Gicht.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	7	7	7	m. allgem. Neurasthenie. Tropendienstuntauglichkeit bedingend.
Krankheiten der Lymphdrüsen	1	45	45	45	klimat. Bubo. Eingangspforte nicht mehr nachweisbar.
Mandelentzündung	2	7, 15	22	11	einmal Abszess m. folg. Tonsillotomie, einmal Ang. follicularis.
Magen-, Darmkatarrh	3	13, 5, 10	28	9	zweimal Dyspepsie bei kleinen Kindern.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Name der Krankheit	Zahl der Erkrankten	Krankheitstage der einzelnen Europäer	Krankheitstage in Summa	Krankheitstage Durchschnittssumme	Bemerkungen
Blinddarmentzündung	1	20	20	20	durch Frühoperation (Exstirpat.) geheilt.
Leistenbruch	1	27	27	27	Operiert nach Bassini.
Mastdarmgeschwür mit Dysenterieamöben	1	12	12	12	klinisch: Haemorrhoidalleiden, keine Dysenterie, führte zu Leberabszeß.
Leberabszeß	2	a b 15, 3	18	9	a) multipel, P. gestorben, b) solitär, in Tanga erfolgreich operiert.
Tripper, Folgekrankheiten	4	17, 37, 16, 34	104	26	
Schanker, Bubo	2	11, 31	42	21	
Syphilis	(1) 6	6, 3, 1 2, 4, 7	23	4	sämtl. m. Salvarsan (zweimal) intravenös behandelt in Combination mit Quecksilberspritzkur.
Chron. Hautkrankheiten	(1)				(Psoriasis neben Syphilis.)
Ulcus tropicum	(1) 2	36	36	36	
Hüftgelenkentzündung (chron.)	1	22	22	22	wahrsch. rheum. Natur.
Knochenbrüche	3	98, 34, 21	153	51	1. kompl. Unterschenkelbruch mit Heilungsstörung durch Lues. 2. Knöchelbruch doppelt. 3. Compressionsteilbruch der Wirbelsäule.
Wunden, Verletzungen	3	4, 1, 2	7	2,3	1 gestorben.
Entbindungen	3	53, 23, 37	113	38	1 Junge, 2 Mädchen.
Unterleibsleiden (Frauen)	2	29, 1	30	15	
Summe der Aufnahmen	77	·	1 097	14,2	
(Fünfmal Doppelerkrankung)					

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bahnbau de
Nac

über die Krankenbewegung und Todesursache
Berichterstatt

Bestand am 31. 3. 1911 — 162	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktob
Zugänge im Monat	128	131	91	90	60	114	93
Entlassungen im Monat	108	126	91	69	66	67	110
Todesfälle im Monat	18	21	27	18	16	9	7
Bestand am letzten jeden Monats	164	148	121	124	102	140	116

Behandelt insgesa

Tode

1. Dysenterie	12	6	8	5	9	1	2
2. Lungen- und Rippenfellentzündung	3	3	2	.	3	3	3
3. Genickstarre	1	2	11	5	2	3	.
4. Typhus	1	.	.	.	.	1	.
5. Krebs	.	1	.	.	.	.	.
6. Allgemeine Sepsis	.	1	1	1	.	.	1
7. Syphilis (Gehirn) Paralyse	.	1	.	2	.	.	1
8. Magenerkrankungen	.	1	.	.	.	.	.
9. Nierenerkrankungen	.	(1) 1	1	.	.	.	.
10. Wurmkrankheiten	.	2	1	3	.	.	1
11. Alterschwäche und allgemeine Körperschwäche	1	2	3	1	1	.	.
12. Alles Übrige		1		1	1	.	.
	18	21	27	18	16	9	7

Zu 12. Verletzungen und Vergiftungen, Polyneuritis acuta, Darmverschlingun

Anmerkung. Die Diagnosen unter Todesursachen beruhen in der Mehrzah
dies nicht zutrifft.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 26.

sambarabahn.

reisung

ber Farbige im Berichtsjahr 1911/12.
. Elsaesser.

No-vember	De-zember	Januar	Februar	März	Summe pro Jahr	Vergleich im Vorjahr	Bemerkungen
49	52	45	25	25	903	1 030	
70	58	50	43	40	898	850	
6	4	5	4	3	138	116	
89	79	79	47	29	.	.	

$^2 + 903 = 1065$.

sachen.

1	3	1	1	2	51	81	Als Nebenbefund häufig Wurmkrankheit.
4	1	2	2	1	27	8	häufig gangrocesierende Pneumonie, zweimal Empyem der Pleura.
.	.	1	.	.	25	3	
1	.	.	.	.	3	3	
.	.	.	.	.	1	0	
.	.	.	.	.	4	0	
.	.	.	.	.	4	0	haemorrh. Phlegmone des Magens.
.	.	.	.	.	1	0	
.	.	.	.	.	(1) 2	0	(1) Schrumpfniere bei Pneumonie.
.	.	.	.	.	7	7	vielfach kompl. mit Darmkatarrh nach Malaria.
.	.	.	.	.	8	0	
.	.	1	1	.	5	4	
6	4	5	4	3	138		einmal Exitus nach Salvarsan bei Lues u. Dysentrie (Beriberi?)

Darmstenose und Dysenterie.

Sektionsbefund, nur unter Lungenentzündung und Dysenterie sind Fälle, bei denen

Bahnbau de
Zusamme
von Monatsberichte
Berichterstatt

Krankheit	Es gingen kran						
	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktob
Windpocken	1	.	12	1	4	4	3
Eitrige Hirnhautentzündung	3	14	7	6	2	4	1
Typhus	1	1	1	.	1	1	.
Malaria	10	16	9	8	7	3	5
Allgemeine Sepsis	.	1	1	.	.	1	.
Polyneuritis (Beriberi?)	.	.	.	2	1	.	1
Hals, Rheum. Erkrankungen	2	4	1	1	3	1	.
Lungenkatarrh	9	7	9	12	2	12	12
Lungenentzündung	2	4	5	4	6	8	10
Rippenfellentzündung	.	2	1	4	1	.	4
Krankheit des Herzens	.	.	.	3	2	.	.
Nierenerkrankung	2	.	2	.	1	.	.
Augen- und Ohrenkrankheiten	3	4	4	.	2	5	6
Dysenterie	29	16	9	17	8	7	3
Anderweitige Darmerkrankungen	.	7	4	5	.	1	5
Leib-, Wasserbrüche	1	2	2	.	1	.	.
Hautkrankheiten	4	1	1	2	5	6	1
Syphilis	5	3	.	2	1	1	1
Anderweitige Geschlechtskrankheit.	9	9	4	4	4	3	4
Frambösie	6	1	.	1	.	1	2
Wurmkrankheit	8	5	3	3	3	6	1
Bandwurm	2	8	.	.	4	.	.
Bilharzia	1	.	2	1	.	1	1
Elephantiasis. Filarienerkrankung	.	.	.	.	.	.	.
Fuß- und Beingeschwüre	25	31	23	17	12	55	33
Sonstige Eiterungen	5	4	3	1	3	3	3
Verbrennungen und Verletzungen	5	4	2	6	5	6	4
Vergiftungen	1	.	.	.	.	.	.
Geisteskrankheiten	.	.	1	1	.	.	.
Krankheiten der Leber	.	.	.	.	.	3	.
Lepra	.	.	.	.	.	2	1
Anderweitige Erkrankungen	4	1	.	.	.	.	.
Doppelerkrankungen	10	12	15	12	18	18	8

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 27.

sambarabahn.

ellung

Berichtsjahr 1911/12.
. Elsaesser.

ngeborene zu im					Summe der Erkrankungen pro Jahr	Vergleich im Vorjahr	Bemerkungen
No-vember	De-zember	Januar	Februar	März			
2	.	.	.	.	27	34	
1	1	.	.	.	39	4	
1	.	.	.	.	6	3	viermal Ficker'sche Reaktion angestellt positiv.
1	2	1	.	.	62	31	
.	.	.	1	.	4	0	
2	.	.	.	.	6	3	
1	2	2	1	2	20	18	
4	1	2	.	.	70	27	
2	1	1	2	.	45	27	
2	2	1	2	.	17	16	
2	.	.	.	.	7	3	zweimal Endocarditis sonst meist akute Dilatationen.
.	1	.	.	.	6	0	
2	4	.	2	.	32	31	
1	6	2	2	.	100	217	
3	4	2	2	3	36	34	
1	.	.	1	.	8	7	zweimal eingeklemmte Leistenbrüche (operativ).
4	6	.	1	.	31	32	
1	4	1	1	2	22	28	
4	11	13	.	2	67	70	sechsmal gonorrh. Gelenkerkrankungen.
1	2	3	2	6	25	15	
.	1	3	1	.	34	47	
.	2	1	.	.	17	10	
.	.	.	1	.	7	6	
.	3	2	.	.	5	5	
21	6	12	8	8	251	298	sehr viel einfache Sandflohgeschwüre.
2	5	.	1	2	32	38	
2	2	5	2	.	43	70	
2	.	.	.	.	3	0	1 Jodismus, 1 Skorpionstich, 1 unsichere Diagnose.
.	.	.	.	.	2	0	Paralyse und Epilepsie.
1	.	.	.	.	4	0	zweimal Ikterus katarrhalis.
1	.	.	.	1	5	0	
1	1	1	.	.	8	19	
					1 041	.	
14	15	8	4	4	138	.	
					903	1 030	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 28.

Nachweisung

über die kranken Farbigen der Missionsstation Madschame für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter Dr. Ittameier.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt	Abgang	
		geheilt	gestorben
Malaria	30	23	.
Grippe	335	145	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	1	.	1
Ruhr	1	1	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	2	.	1
Frambösie	100	41	.
Keuchhusten	252	90	.
Akuter Bronchialkatarrh	747	222	.
Akute Lungenentzündung	91	44	1
Mandelentzündung	30	29	.
Akuter Darmkatarrh	340	206	.
Innerer Darmverschluß	1	.	.
Augenkrankheiten der Lider	157	103	.
Akute Mittelohrentzündung	55	24	.
Krätze	152	104	.
Unterschenkelgeschwür	2 946	801	.
Gutartige Geschwülste	2	2	.
Muskelrheumatismus	239	130	.
Knochenbruch des Oberarms	1	1	.
Riß- und Quetschwunden	238	160	.
Verbrennung	68	52	.
Gesamtsumme			

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 29.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen im Krankenhaus des Berliner Vereins für ärztliche Mission in Kidugala (Bezirk Iringa) für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Berichterstatter: Dr. Rudolph Oehme.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	.	1	.	.	.	.
Windpocken	.	1	.	1	.	.
Masern (Röteln)	.	11	.	10	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	6	.	6	.	.
Rückfallfieber	.	79	.	11	.	2
Malaria	.	220	.	151	.	3
Grippe	3	6	3	5	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	1	.	.	.	.
Ruhr	2	6	2	5	.	1
Gelenkrheumatismus, akuter	1	2	1	2	.	.
Vergiftung durch tierische Gifte	.	1	.	1	.	.
Pest	.	1	.	.	.	.
Frambösie	.	40	.	29	.	.
Bösartige Geschwülste	.	1	.	.	.	.
Keuchhusten	.	2	.	1	.	.
Summe der Gruppe I	6	378	6	222	.	6
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Fallsucht	.	3	.	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	2	.	2	.	.
Hysterie	.	1	.	1	.	.
Poliomyelitis anterior	1	1	.	.	.	.
Neurasthenie	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	1	8	.	3	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	3	3	3	1	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	1	144	1	111	.	2
Akute Lungenentzündung	.	16	.	9	.	4
Nasenpolyp	1	.	.	.	.	.
Bronchopneumonie	.	1	.	1	.	.
Emphysem	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	5	165	4	122	.	6
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Erkrankung der Herzklappen	.	1	.	1	.	.
Herzmuskelschwäche	.	1	.	.	.	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	.	1	.	1	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	1	7	1	4	.	.
Kropf	.	3	.	3	.	.
Anämie	1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe IV	2	13	2	9	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	3	119	3	116	.	.
Mandelentzündung	3	23	3	22	.	.
Rachenentzündung	.	1	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	.	24	.	20	.	.
Chronischer Magenkatarrh	1	.	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	1	32	1	21	.	2
Brechdurchfall	.	2	.	1	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	1	1	1	.	.	.
Nervöse Dyspepsie	1	.	1	.	.	.
Tropische Hepatitis	1	.	.	.	.	.
Diarrhoe	.	78	.	77	.	.
Obstipation	.	73	.	72	.	.
Summe der Gruppe V	11	353	9	329	.	2
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Nierenentzündung	.	2	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	2	3	2	3	.	.
Summe der Gruppe VI	2	5	2	3	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	.	2	.	1	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	1	.	1	.	.
Weicher Schanker	.	2	.	2	.	.
Bubo	.	1	.	.	.	.
Syphilis	.	9	.	6	.	.
Summe der Gruppe VII	.	15	.	10	.	.
VIII. Augenkranheiten,						
ansteckende:						
Tripperblennorhoe	.	1	.	1	.	.
nichtansteckende:						
der Lider	4	76	4	71	.	.
» Bindehaut	4	73	4	58	.	.
» Hornhaut	.	4	.	.	.	.
» Regenbogenhaut	.	2	.	.	.	.
» Linse	1	4	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	3	.	2	.	.
Myopie	3	.	3	.	.	.
Fremdkörper	1	.	1	.	.	.
Phthisis bulbi	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	13	164	12	132	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörganges	1	.	1	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	2	1	2	.	.	.
Summe der Gruppe IX	3	2	3	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	.	68	.	68	.	.
Akute Hautkrankheiten	.	65	.	58	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	2	.	2	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	1	.	.	.	.
Panaritium	.	1	.	1	.	.
Zellgewebsentzündung u. Ausgänge	1	15	1	14	.	.
Furunkel	.	5	.	5	.	.
Gutartige Geschwülste	1	3	1	2	.	.
Ulcus tropicum	.	13	.	9	.	1
Summe der Gruppe X	2	173	2	159	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	.	2	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	2	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	.	35	.	29	.	.
Summe der Gruppe XI	.	39	.	29	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Knochenbruch des Unterarms	.	2	.	2	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	.	1	.	.
Verstauchung d. Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	2	.	2	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	3	.	2	.	.
Riß- und Quetschwunden	.	81	.	74	.	.
Verbrennung	.	16	.	15	.	1
Verrenkung der Wirbelsäule	.	1	.	.	.	1
Summe der Gruppe XII	.	106	.	96	.	2
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Ankylostomiasis	.	1	.	.	.	.
Sandflohgeschwür	1	6	1	6	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	3	8	3	1	.	.
Myiases (Cordylobia Grünbergi)	1	.	1	.	.	.
Tropischer Phagedänismus	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	5	16	5	7	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Dammriß	1	.	1	.	.	.
Fehlgeburt	1	.	1	.	.	.
Retroflexio uteri fixata	1	.	1	.	.	.
Künstliche Entbindung	.	1	.	1	.	.
Abortus incompletus	.	1	.	1	.	.
Gebärmutterkrankheiten	.	4	.	3	.	.
Ovarialkystom	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	3	7	3	5	.	.
XV. Andere Krankheiten.						
Zur Beobachtung	2	36	2	36	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

II. Kamerun.

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Bearbeiter: Oberstabsarzt Dr. Kuhn.

Der ärztliche Dienst im Schutzgebiet wurde durch 9 Regierungsärzte, von denen 2 in Duala, je 1 in Viktoria, Kribi, Edea, Lomie, Molundu und Buea stationiert und 1 auf Urlaub war, sowie durch die Sanitätsoffiziere der Schutztruppe wahrgenommen. Letztere erledigten nicht nur den engeren Truppendienst, sondern übten auf ihren Stationen auch die regierungsärztlichen Geschäfte aus, die in der ärztlichen und hygienischen Fürsorge für die Europäer und Eingeborenen bestanden. Nach dem Etat waren an Militärärzten vorhanden: 1 Oberstabsarzt als Chefarzt, 6 Stabsärzte, 8 Oberärzte. Ihre Standorte waren: Duala, Dschang, Bamenda, Banjo, Ebolowa, Kusseri, Jaunde, Garua, Dume.

Außerdem waren 2 Stabsärzte, 2 Oberärzte und 1 Assistenzarzt zur Schlafkrankheitsbekämpfung abkommandiert.

Mithin sind insgesamt 29 Ärzte im Schutzgebietsdienst tätig gewesen. Die Leitung des gesamten Sanitätsdienstes lag in den Händen des Regierungsarztes Marineoberstabsarztes Dr. Waldow, der den in Deutschland auf Urlaub befindlichen Medizinalreferenten Professor Dr. Ziemann vertrat.

Außerdem waren im Süden der Kolonie 2 bis 3 protestantische amerikanische Missionsärzte sowie beim Bau der Mittellandbahn 3 Bahnärzte vorhanden. Privatärzte haben sich im Schutzgebiet noch nicht niedergelassen.

Die Anzahl der regierungsseitig tätigen Ärzte reichte für die sanitären Bedürfnisse des großen Gebiets nicht aus.

Dichtbesiedelte Gegenden wie die Landschaften von Jabassi, Bare, Bamum, Akonolinga blieben ohne Arzt. Ja, der gesamte Osten östlich der Linie Kusseri, Garua, Dume, Lomie ist selten von Ärzten besucht worden. Die Tätigkeit der Reiseärzte konnte angesichts der zwingenden Bedürfnisse an den Hauptorten des Landes überhaupt nicht ausgeübt werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Abgesehen von der Unzulänglichkeit der Anzahl der beamteten Ärzte wurde der ärztliche Dienst vielfach durch das Fehlen der Hilfskräfte erschwert. Wenn der Arzt allein ist, leidet seine Poliklinik, sobald er den Standort für längere Zeit verläßt, um Impfreisen zu machen oder sich sonst um die Hygiene seines Bezirks zu kümmern. Widmet er sich ausschließlich seiner Poliklinik, so liegt die Hygiene seines weiteren Bezirks im Argen.

Vom europäischen Hifspersonal wurden verwendet:

a) beim Zivilsanitätswesen:
   2 Lazarettverwalter (1 Hospital Duala, 1 Sanatorium Suellaba),
   4 Pflegeschwestern in Duala und je 1 Pflegeschwester in Viktoria und Kribi,

b) bei der Schutztruppe:
   2 Sanitätsfeldwebel,
   22 Sanitätsunteroffiziere.

Hiervon waren zum Sanitätsdepot 1 Sanitätsfeldwebel und 1 Sanitätssergeant, zur Schlafkrankheitsbekämpfung 5 Sanitätsunteroffiziere abkommandiert.

Wie aus dieser Übersicht hervorgeht, entsprach die Zahl der Sanitätsgehilfen durchaus nicht der Zahl der Regierungsärzte, zudem waren sie zumeist an Orten ohne Arzt beschäftigt, wo der größte Teil ihres Dienstes im Stationsdienst bestand. Auch die Sanitätsunteroffiziere standen nicht ausschließlich dem Sanitätsdienst zur Verfügung, sondern wurden vielfach zum Truppendienst herangezogen.

Wenn das Sanitätswesen der Kolonie die ihm gestellten großen Aufgaben erfüllen soll, ist dazu vor allem eine Vermehrung der Ärzte, eine Vermehrung des Unterpersonals und die Freimachung des letzteren ausschließlich für sanitäre Aufgaben erforderlich.

An farbigem Personal waren vorhanden: 35 vertragsmäßig angestellte Heilgehilfen; davon für das Regierungshospital Duala 12, Viktoria 4, Kribi 3, Edea 2, Lomie 2, Molundu 2, Ebolowa 2 und für die Stationen Bare, Buea, Joko, Jabassi, Johann-Albrechts-Höhe, Campo, Ossidinge, Akonolinga je 1 Heilgehilfe.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Noetel.

Allgemeines.

Der bedeutungsvollste Fortschritt im Berichtsjahre ist die Einrichtung des unten näher beschriebenen Sanitätsdepots in Duala, welches die Bestände für das gesamte Schutzgebiet birgt.

Weiterhin sei hervorgehoben, daß im abgelaufenen Jahr für die Unterbringung schwarzer Kranker im Schutzgebiet viel geschehen ist.

Es sei an erster Stelle der Fertigstellung des Farbigenhospitals in Kusseri und Garua gedacht. Ferner sind hier und da Neubauten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

angegliedert, mehrfach gründliche oder nur provisorische Reparaturen vorgenommen. So erfreulich diese Fortschritte sind, muß andererseits berichtet werden, daß die sanitären Einrichtungen für Europäer vielfach verbesserungsbedürftig sind.

Das Regierungshospital in Duala, dem größten Ort, ist zu klein geworden, Kribis Hospitalräume sind unzulänglich, Buea hat überhaupt keine Krankenräume für Weiße, so daß unter Umständen ein mühseliger Transport des Erkrankten nach Viktoria stattfinden muß. Für Jaunde sind die Mittel bewilligt, es konnte aber noch nicht mit dem Legen der Fundamente begonnen werden. Einige Orte im Innern, wo ein Arzt stationiert ist, müssen noch eines Krankenraumes für Europäer entbehren.

Im einzelnen wird folgendes berichtet:

Buea-Soppo.

a) Europäer. Der Mangel eines Hospitals für Europäer macht sich sehr fühlbar.

b) Farbige. Für die Eingeborenen besteht ein Hospital, das für die derzeitigen Ansprüche nicht ausreicht und sich nach seinem jetzigen Stand aus drei Gebäuden mit folgender Zweckbestimmung zusammensetzt. Im Hauptgebäude ist ein großer Krankenraum, ein kleiner für Schwerkranke, in dem Poliklinik abgehalten wird, und ein Operationstisch und die nötigsten Arzneimittel untergebracht sind, ferner ein Wohnraum für den farbigen Heilgehilfen, Bad und Abort; im zweiten Gebäude ist ein Raum für Gefangene, der jedoch meist zur Unterbringung kranker Weiber benutzt wird, und vollständig abgetrennt ein Raum für ansteckende Kranke; im dritten Gebäude ist die Küche und der Schlafraum für den Hospitalkoch. Im ganzen können 20 Männer, 5 Weiber und 10 ansteckende Kranke untergebracht werden. Insofern sind die Einrichtungen jedoch unvollkommen, als ein Raum für die Poliklinik, ferner ein Operationsraum, in dem aseptisch operiert werden kann, sowie ein Leichenhaus fehlen. In der Berichtszeit wurde das Hospital einer gründlichen Reparatur unterzogen. Um das Hospital wurde ein Garten gelegt, in dem zur Verringerung der Verpflegungskosten von Leichtkranken Süßkartoffeln, Makabo, Mais und Kassada gebaut werden.

Duala.

Ein wichtiger, für das gesamte Sanitätswesen des ganzen Schutzgebiets bedeutsamer Fortschritt ist die neue Einrichtung des Sanitätsdepots. Während bisher die Bestände des Gouvernements und der Schutztruppe in zwei kleinen, unübersichtlichen Baracken untergebracht waren, wurde durch die Überlassung eines biher von der Bauverwaltung des Bezirksamts benutzten massiven Schuppens ein Gebäude verfügbar, das durch seine Lage mit den Hospitalgebäuden ein Ganzes bildet. Die Bestände sind auf großen Regalen übersichtlich aufgestellt, auch bleibt genügend Raum zum Packen der Kisten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

und Führung der Bücher. Das Packmaterial ist in einem benachbarten Nebengebäude untergebracht.

Das Hospital kann bei der von Jahr zu Jahr dauernd wachsenden Europäerzahl den Bedürfnissen kaum mehr genügen. Es war bisher nicht möglich, eine Frauenabteilung zu schaffen, die vollkommen abgeschlossen ist. Der Hauptmangel ist das Fehlen eines aseptischen Operationsraumes mit Oberlicht. Der jetzige Operationsraum ist mangelhaft erleuchtet, da die vorgebauten Hallen Licht wegnehmen, er muß weiterhin in bedauerlichem Gegensatz zu den erwiesenen Anschauungen über Wundbehandlung gleichmäßig zur Vornahme streng aseptischer Operationen wie zur Behandlung schwerer Eiterungen dienen.

Im Innern des Hospitals konnten einige Verbesserungen ausgeführt werden, an erster Stelle ist die Einrichtung einer besonderen Waschküche für die Schwestern zu nennen, deren Wäsche mit der übrigen Hospitalwäsche zusammen gewaschen wurde. Weiterhin sind neue Moskitonetze sowie Kastenklosetts aus Holz mit Eimern an Stelle der bisher gebräuchlichen Klosetteimer angeschafft.

Die Verbesserung der Gartenanlage des Hospitals macht ständige Fortschritte, indem in erster Linie verwildertes Strauchwerk beseitigt und an dessen Stelle Rasenflächen mit Bermudagras geschaffen werden. Immer noch ist es indessen aus Mangel an Mitteln unmöglich, eine das ganze Hospital umschließende Gartenanlage zu schaffen.

Kribi.

Die zur Verfügung stehenden Räume des Europäerhospitals sind nicht mehr ausreichend. Am unangenehmsten macht sich fühlbar, daß der Hospitalbehandlung bedürftige Weiße — z. B. schwer Schwarzwasserkranke — oft ambulant behandelt werden müssen, wenn man nicht Halbgenesene außerhalb des Krankenhauses unterbringen will.

Die innere Ausstattung des Schwesternanbaues wurde aus dem Ertrage einer Privatsammlung bestritten.

An baulichen Veränderungen ist die Einrichtung einer Leichenhalle mit Sektions- und Aufbahrungsraum zu nennen.

Ebolowa.

Die Wohnhütten für Kranke im Poliklinikdorf sind um drei vermehrt. Die Buschhäuser des Dorfes sollen allmählich durch Ziegelhäuser ersetzt werden. Von Neubauten ist ein Lebensmittelhaus zu erwähnen, in dem die zur Verpflegung benötigten Vorräte unter Verschluß gehalten und nach Bedarf ausgegeben werden.

Krankenstuben für die weiße Zivilbevölkerung konnten noch nicht eingerichtet werden.

Jaunde.

An Stelle von drei zum Farbigenhospital gehörigen, durch einen Tornado zerstörten Buschhäusern wurden fünf neue niedrigere Häuser aus Baumrinde und Matten errichtet, ebenso wurden die Häuser für

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

die Poliklinik, die Küche und ein Wohnhaus für das Lazarettpersonal erneuert und außerhalb der eigentlichen Lazarettanlage ein Haus für ansteckende Kranke gebaut sowie die Betten aus Palmzweigen durch hölzerne ersetzt. Ein Krankenraum für Europäer ist nicht vorhanden.

Dume.

Die Europäerkrankenstube im alten Arzthaus ist eingerichtet mit Badewanne und Klosett, für kranke Stationsangehörige ist eine Turmwohnung reserviert.

Dem Hauptbau des Farbigenhospitals parallel ist ein Buschhaus mit drei Krankenräumen und einem Operationsraum eingerichtet.

Molundu.

Gegen Ende des Berichtsjahres trat insofern eine Besserung der Hospitalverhältnisse ein, als mehrere Krankengebäude aus Baumrinde und Matten in einer Entfernung von 100—200 m vom Dschahfluß errichtet wurden.

Es stehen nunmehr zur Verfügung:

1. ein Haus mit Halle, zwei Räumen und kleiner Veranda,
2. ein Haus mit Halle und zwei Räumen,
3. ein Haus mit zwei Räumen und Küche,
4. ein Haus mit Raum und
5. ein Isolierhaus.

Dazu kommen noch Küchen, Aborte usw.

Zu I. In ihm befindet sich die Apotheke und ein Krankenraum für zwei Europäer. In der Halle wird die Poliklinik abgehalten.

Zu II. Zwei Räume mit acht Betten für farbige Männer, Halle zum Verbinden usw., ein Wohnraum für zwei Mitglieder der Sanitätskolonne.

Zu III. Weiberhaus enthaltend Krankenraum mit acht Betten, Küche und Wohnung für eine farbige Heilgehilfin.

Zu IV. Haus mit sechs Betten für kranke Soldaten.

Zu V. Isolierhaus mit je einem Krankenraum für Männer und Weiber. In jedem Raum können bis zu sechs Betten aufgestellt werden.

Auf der Sanitätsdienststelle Jukaduma wurde im Berichtsjahre ein provisorisches Hospital gebaut zu zehn Betten mit drei Räumen, darunter einer für Apotheke, Operationen und Verbandwechsel.

Dschang.

Im Berichtsjahre sind wesentliche Änderungen nicht vorgekommen. Das Farbigenhospital des Postens Bana, in dem auch die Poliklinik untergebracht ist, ist im Mai 1912 in Benutzung genommen worden. An den Hauptstraßen des Bezirks sind Rasthäuser errichtet, zum Teil mit Wohnhaus und Küche für Europäer, Trägerhäusern und Pferdeställen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bamenda.

Der Neubau des Farbigenhospitals hat sich bereits als zu klein herausgestellt, im übrigen ist er mit Glasfenstern und verschließbaren Türen versehen worden. Nahe der Isolierbaracke ist ein kleines Sektionshaus aus Buschmaterial errichtet.

Garua.

Der Bau des neuen Farbigenhospitals ist im Berichtsjahre in Angriff genommen worden, gleichzeitig wurde hinter diesem ein Isolierhaus gebaut.

Kusseri.

Seit Anfang September 1911 ist das aus Brandziegeln mit Wellblechdach erbaute neue Krankenhaus im Betrieb und hat sich bisher bewährt. Es liegt in der NW-Ecke der Station und besteht aus dem Dienstgebäude, welches sich an die N-Mauer, und der Krankenbaracke, welches sich an die W-Mauer anlehnt. Das Dienstgebäude, an der O- und S-Seite von breiter Veranda umzogen, enthält in der Reihenfolge von O nach W ein Schreib- und Mikroskopierzimmer, einen Apothekenraum, einen hallenartigen Tagesraum, indem auch der poliklinische Dienst stattfindet, und einen großen hellen Operationsraum mit vier Glasfenstern. Die übrigen Fenster des Dienstgebäudes wie die der Krankenbaracke sind mit Moskitodrahtgaze versehen. Alle Fenster und Türen können mit starken Bretterläden und Türen verschlossen werden.

Die Veranda dient als Warteraum. Die Krankenbaracke enthält vier voneinander getrennte Krankenräume (Höchstbelegungsfähigkeit $4 \times 4 = 16$ Betten), einen Waschraum mit Feuerstätte, einen Raum für ein Kalb zur Lymphgewinnung. Ein Abortraum ist angebaut. Die Entfernung der Dejekte geschieht durch die Gefangenen der Station, welche hierzu einen unmittelbar östlich vom Krankenhaus gelegenen Durchgang durch die Stationsmauer benutzen. Das Leichenhaus ist ein Brandziegelbau mit Strohdach (erbaut 1910).

Die Inneneinrichtung des Krankenhauses — Tische, Stühle, Bänke, Schränke, Regale, Operationstisch und Verbandtisch — wurde durchweg am Orte angefertigt, ebenso zehn Betten für farbige Kranke. Besondere Räume zur Aufnahme erkrankter Weißer bestehen nicht, diese müssen daher in ihren Wohnungen behandelt werden.

Auf den Posten sind besondere Krankenräume nicht vorhanden, doch steht ein Raum als Behandlungsraum und Aufbewahrungsort für Sanitätsmaterial zur Verfügung.

3. Unterkunft.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Allgemeines.

a. Europäer. Wenn unter Unterkunft nicht nur die Wohngelegenheit, sondern nicht zum mindesten auch deren Umgebung verstanden wird, so sind die Anforderungen, die gestellt werden müssen, naturgemäß verschieden je nach Größe, Lage und Zweck der jeweiligen Europäeransiedelung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Betrachtet man zunächst die größeren Orte, denen die Zahl der Europäerniederlassungen ein stadtartiges Gepräge aufdrückt, so ist die erste Forderung: Trennung der Eingeborenen von den Europäern. Schon das äußere Ansehen eines Ortes wird erheblich verunziert, wenn unmittelbar neben oder hinter einer stattlichen Faktorei verfallene Wellblechhütten oder Buschhütten mit verwahrloster unkrautüberwucherter Umgebung sich finden; die Lebensgewohnheiten der Schwarzen, ihr lautes Gebahren, die üblen Gerüche aus ihren Häusern wirken belästigend und geben Gründe genug, ihre Entfernung anzustreben, wenn nicht die Durchseuchung der farbigen Bevölkerung mit allerhand tropischen Infektionen deren Entfernung aus der Nähe der Weißen geradezu gebieterisch heischte.

Wenngleich nicht verkannt werden darf, daß solche Maßnahmen einschneidende, auch für den Weißen zunächst in wirtschaftlicher Hinsicht hier und da unangenehm fühlbare Umwälzungen mit sich bringen, so muß gleichwohl ihre rücksichtslose Durchführung mit allen Mitteln erstrebt werden, um die Hauptgefahren des Tropenaufenthalts für die Europäer zu beseitigen.

Freilich hat man sich im hiesigen Schutzgebiet dieser Notwendigkeit nicht verschlossen, aber zur Tat geworden ist noch wenig. Aus Viktoria ist ein großer Teil der Eingeborenen entfernt. In Duala ist ein großzügiger Plan zur Enteignung vorhanden, anderorts herrscht nicht das gleiche Interesse; so beklagt für Kribi der Berichterstatter, daß die Faktoreien in planloser Verkennung der vornehmsten hygienischen Interessen die Farbigenansiedelungen absichtlich in ihre Nähe ziehen.

Im Hinterlande wird man dieser Forderung aus leicht erklärlichen Gründen in Neusiedelungen nicht durchweg gerecht werden können, innerhalb der Stationen muß man die Anwesenheit des schwarzen Soldaten mit in Kauf nehmen, der Faktorist ist auch hier und da gezwungen, zunächst wenigstens mitten zwischen Farbigen sich anzusiedeln.

Muß der Weiße diese Mängel in Kauf nehmen, so muß vor allem seine Wohngelegenheit um so einwandfreier gestaltet sein, nicht etwa nur in rein hygienischer Beziehung, sondern sie soll ihm auch ein behaglicher Aufenthaltsort sein, in dem er ungestört verweilen und unbehelligt der Ruhe pflegen kann. Diese Forderung ist in den größeren Orten nirgends in vollem Umfange erfüllt; oft kann die Bautätigkeit mit dem wachsenden Zustrom neuer Ansiedler nicht Schritt halten. Was das Hinterland angeht, so betonen allerdings einige Stationen, daß genügend Häuser vorhanden, und daß ihre Bauart einwandfrei ist, mehrfach wird auch berichtet, daß Steinhäuser neu errichtet seien; ebenso häufig sind auch Klagen.

Neben der sachgemäßen Unterbringung des Kranken ist die Sorge für die hygienische Behausung des Gesunden eine der Hauptaufgaben, deren Erfüllung zunächst nur dem Einzelnen, in absehbarer Zeit indes der ganzen Kolonie zugute kommt, und der man daher mit allen Kräften suchen muß gerecht zu werden.

b. Farbige. Bezüglich der Unterbringung der Farbigen beschränken sich die Angaben meistens auf eine kurze Notiz über ihre Wohnungen, soweit sie im Dienste der Stationen stehen. Über die Art, wie die sonstigen Eingeborenen sich Unterkunft schaffen, findet sich wenig neues in den vorliegenden Berichten.

Buea-Soppo.

. Europäer. Die Wohnungen der Verheirateten entsprechen den hygienischen Anforderungen, nicht dagegen die Wohnungen der Mehrzahl der Unverheirateten, doch sind Neubauten in Ausführung.

Die Farbigen, soweit sie im Dienste der Station stehen, sind in mangelhaften Wellblechhäusern untergebracht, die in unmittelbarer Nähe der Europäerniederlassungen liegen, ihre Verlegung hat begonnen.

Duala.

Die Europäer leiden immer noch unter dem Mangel an zweckmäßigen Moskitoschutzeinrichtungen. Bei der großen Zahl der neu-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ankommenden und durchreisenden Europäer herrscht noch immer Wohnungsmangel für Beamte und Schutztruppenangehörige. Eine Notwendigkeit für Duala wäre ein großes, sauberes, allen hygienischen Anforderungen entsprechendes Hotel.

Kribi.

Unter den Kaufleuten herrschte rege Bautätigkeit. Leider pflegt bei Aufstellung der Pläne, bei der Platzwahl und Bauausführung der Arzt nur ausnahmsweise um sein bauhygienisches Urteil befragt zu werden, so daß vielfach gegen die einfachsten Regeln der tropischen Wohnungshygiene verstoßen wird. Ebenso hält man ausnahmslos an der Unsitte fest, in unmittelbarer Nähe von Wohnhäusern und Faktoreien Arbeitshäuser und Karawansereien anzulegen.

Ebolowa.

a) Europäer. In Ebolowa ist mit dem Bau eines »Reduits« begonnen worden, in das ein Teil der Diensträume verlegt werden soll, wodurch noch mehr zu Wohnungen geeignete Räume frei werden.

Die Wohnungen der Zivileuropäer in Ebolowa und in den Niederlassungsplätzen des Bezirks sind Buschhäuser, auf deren möglichst einwandfreie Beschaffenheit Wert gelegt wird. Das gleiche gilt von den Häusern der Posten in Akoafim und Sangmelima.

b) Eingeborene. Die möglichst an die große Straße herangezogenen Eingeborenendörfer erfreuen sich einer gewissen Sauberkeit, für welche der Bulustamm Sinn hat.

Jaunde.

Für Europäer sind zwei Einzelhäuser im Stil der Kongohäuser gebaut, ebenso eine Regierungsschule mit Wohnung für den Lehrer. Das Wohnen in den Stationshäusern wird beeinträchtigt durch den Mangel der von den Stationsmauern abgefangenen Briese, durch die unmittelbare Nähe des Gefängnisses sowie der Werkstätten mit ihrem lärmenden Betrieb.

Akonolinga.

Für den Polizeimeister ist ein modernen Anforderungen genügendes Backsteinhaus fertiggestellt. Ein gleiches für den Stationsleiter ist im Bau. Die übrigen Europäer sind noch mangelhaft untergebracht.

Die niedrigen Eingeborenenhäuser sind aus Palmrippen, ihre Dächer aus Palmmatten hergestellt.

Dume.

Die Wohnungsverhältnisse der Europäer sind folgende:

a) innerhalb des Reduits:

1. vier Turmwohnungen,
2. ein einstöckiges massives Wohnhaus mit drei Wohnräumen und Veranda im Obergeschoß und Nebenräumen im Untergeschoß,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

3. ein massives Wohnhaus mit vier Wohn- nebst Nebenräumen;

b) außerhalb des Reduits (Buschhäuser aus Holz, Rinde, Palmrippen und Matten):

1. ein Buschhaus für zwei Unteroffiziere,
2. das alte Arzthaus beim Hospital,
3. 800 m westlich der Station das 1908 errichtete alte und
4. das neue Arzthaus.

Im Bau sind das Haus des Arztes des Schlafkrankenlagers und ein Buschhaus für den Unterzahlmeister. Die Unterkunftsräume werden mit Ausnahme der Turmwohnungen, deren Belegung wegen der Hitze und Enge nach Möglichkeit vermieden wird, als gut bezeichnet, ebenso die Unterkunft der Europäer in Baturi und Dumemündung.

Die Zivileuropäer des Bezirks wohnen in praktisch angelegten Buschhäusern.

Die Farbigen der Station sind in einer Kaserne aus Buschmaterial, die Gefangenen in einem langen Backsteinschuppen mit Wellblechbedachung untergebracht.

Molundu.

Für die Europäer des Postens steht je ein aus Backsteinen errichtetes Haus zur Verfügung.

Die Unterbringung der Privateuropäer erfolgt einwandfrei seitens der Faktoreien.

Soldaten und Arbeiter sind in mattengedeckten Häusern aus Baumrinde untergebracht.

Jabassi.

Die Wohnungsverhältnisse der Europäer sind gut, die Bauart der Schwarzen ist primitiv.

Bare.

Die Unterbringung der Europäer ist sehr mannigfaltig, teils in Buschhäusern, teils in Häusern mit Fachwerk, teils in Ziegelhäusern. Die Farbigen wohnen in Buschhäusern, die im Berichtsjahr erneuert sind.

Dschang.

Durch die Fertigstellung zweier massiver Häuser in Dschang und durch die Errichtung eines solchen auf dem Posten Bana ist es möglich, sämtliche Europäer der Station und des Postens in festen Häusern unterzubringen, ein wichtiger Fortschritt im Kampf gegen das feuchte Klima. Auf dem Posten Mbo ist gleichfalls mit dem Bau massiver Häuser für Farbige begonnen worden.

Bamenda.

Die Unterkunftsverhältnisse der Europäer sind befriedigend. Ein schadhaftes Europäerhaus wird durch ein neues ersetzt, ein neues Haus für den Stationschef ist im Bau. Desgleichen sind bauliche Verbesserungen an den Soldatenhäusern vorgenommen worden. Das Gefängnis hat zwar feststehende Lagerstätten erhalten, ist jedoch zu klein

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Banjo.

An Unterkunftsräumen für Europäer sind zur Zeit vorhanden: ein Haus für den Stationschef, zwei Offizierwohnhäuser und ein Haus für drei Unteroffiziere, sämtlich massive Steinbauten mit Wellblech und zementierten Fußböden. Sie gelten als hygienisch einwandfrei und wohnlich.

Garua.

Mangel an Europäerwohnungen besteht immer noch. Besonders wird die zu starke Belegung des einzelnen Hauses und das Fehlen von Einzelhäusern beklagt.

Die Unterkunft der farbigen Soldaten in geräumigen Rundhütten ist zweckmäßig. Von den Eingeborenen hat gewöhnlich jedes Familienmitglied seine eigene Hütte. Doch sind die hieraus erwachsenden hygienischen Vorteile nicht allzu hoch anzuschlagen, da die Bevölkerung keinerlei Sinn für Reinlichkeit besitzt.

Kusseri.

Neu geschaffen ist ein Unterkunftshaus für Europäer aus Lehm mit Wellblechdach mit zwei Rundhütten für Träger. Die Farbigen der Station wohnen in Lehmrundhütten, sie werden demnächst zum Teil ein Kasernenhaus aus Brandziegeln mit Wellblechdach beziehen. Außerdem stehen zwei Küchenschuppen aus Lehm zur Verfügung.

4. Verpflegung.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Allgemeines.

a. Europäer. Bezüglich der Verpflegung ist man berechtigt, verschiedene Ansprüche zu stellen, je nach Lage und Fortschritt in der Entwicklung der einzelnen Orte. Während man z. B. auf einer kleinen Station im Innern kaum Einrichtungen schaffen kann, die eine längere Aufbewahrung der Nahrungsmittel, namentlich der Fleichvorräte gestatten und weiterhin nicht an einen organisierten Schlachtbetrieb denken kann, sind solche Einrichtungen in den größeren Europäeransiedlungen eine hygienische Forderung.

Eine vollkommene Regelung der Versorgung mit Fleisch besteht in den größeren Orten noch nicht.

Die Einführung einer obligatorischen Fleischbeschau ist für Duala geplant, aber noch nicht durchgeführt. Schlächtereien gibt es nur in Duala, doch ist eine Kontrolle derselben noch nicht geregelt, es bestehen Eisschränke, aber noch keine Kühlhäuser, deren Errichtung eine weitgehende Versorgung der Küstenorte mit den Vorräten der großen Dampfer gestatten würde.

Ein weiteres Mittel, an den größeren Orten die Fleischzufuhr ausreichend, mannigfaltig und einwandfreier zu gestalten und die stellenweise recht hohen Preise zu mindern, ist der regelmäßige Antrieb von Schlachtvieh oder das Halten von Viehherden. Ein solcher Versuch ist in Duala gemacht.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Duala haben im Berichtsjahre zwei Schlächter Rindviehherden mit der Nordbahn aus den Viehzuchtgebieten des Nordens eingeführt, und es steht zu erwarten, daß diese Unternehmungen von Bestand sind.

Auch berichtet der Regierungsarzt von Kribi, daß nach vielen vergeblichen Bemühungen die Einfuhr auswärtigen Viehes gelungen sei.

Im großen und ganzen lauten die Nachrichten, was die Versorgung mit Fleisch im Schutzgebiet an und für sich angeht, nicht ungünstig, mehrfach wird allerdings über eine gewisse Einseitigkeit der Fleischnahrung geklagt, diese wird wohl in den meisten Stationen im Innern wo nur Kleinvieh gedeiht, wo das Großvieh nur selten und womöglich stets krank angetrieben wird, unvermeidlich bleiben, wenn nicht Jagd und Fischfang Abwechslung in die Ernährung bringen.

Die Beschaffung von Eiern ist fast überall möglich, aber an den meisten Orten sehr schwierig. Die Beschaffung von frischer Milch sowie die Gewinnung von Butter ist nur im Grasland an manchen Orten möglich.

Die Versorgung mit Gemüsen ist an einigen Orten ebenso reichhaltig wie in der Heimat, z. B. in Buea, anderenorts wiederum kärglicher, hier und da müssen sogar Konserven als Ersatz dienen. Worin dieser Mangel begründet ist, ob in der Dürre des Bodens, schädlichen Insekten, zu üppig wucherndem Unkraut oder ungeeignetem Klima, läßt sich nicht durchweg ersehen, gleichwohl könnten nach dem Urteil Sachverständiger die Erträgnisse des Gemüsebaues bedeutend gesteigert und der Notbehelf mit Konserven abgetan werden, wenn man dem Gartenbau das nötige Interesse entgegenbrächte. Leider scheuen die Europäer, namentlich die Kaufleute, noch vielerorts die Mühe der Anlage und der Pflege eines Gartens; Duala und Kribi z. B., wo genügend Kräfte zur Landbestellung vorhanden, haben stets Mangel an frischem Gemüse. Wieviel auch unter weniger günstigen Umständen erreicht werden kann, zeigt das Beispiel der Franzosen im Nachbargebiete, die in der Gartenkultur uns weit voraus sind.

b. Eingeborene. Die Ernährungsweise der Eingeborenen ist einförmig und setzt sich vorwiegend aus Pflanzen zusammen. Deswegen aber den Eingeborenen als Vegetarier zu bezeichnen, wäre falsch, denn er genießt Fleisch mit Gier, wenn es ihm geboten wird, und versagt es sich nur, weil es für ihn zu kostspielig ist, oder weil er es lieber mit Gewinn verkauft, anstatt seinen Ernährungszustand aufzubessern. Die Folgen der einseitigen Ernährung sind bekannt. Die schweren Darmstörungen die auftreten, falls eine andere als die gewohnte Kost genossen werden muß, sind empfindliche Hindernisse in der Verwendung des Schwarzen außerhalb seines Stammesbezirks. Mehrfach ist auch im Berichtsjahre versucht worden, dieser Einseitigkeit der Ernährung mit ihren Folgen zu steuern, durch Anweisung, wie man die Nahrung zweckmäßiger zusammensetzen könne, durch Erziehung zum Farmenbau, durch Verteilung von Sämereien zwecks Anbau, auch hat man Häuptlinge angehalten, für reichliche Beschickung der Märkte zu sorgen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

und durch Festsetzung angemessener Preise versucht, die Interessen des Käufers zu wahren.

Alle diese Bestrebungen aber scheitern häufig an der Gleichgültigkeit des Eingeborenen, die allen Belehrungen trotzt und gleichmütig dem Nahrunsgmangel entgegengeht, wenn nicht, wie z. B. den Leuten in der Umgebung von Ebolowa und Jaunde, der Sinn für Farmbau angeboren ist.

Im einzelnen ist folgendes zu berichten:

Soppo-Buea.

Europäer. Die Fleischversorgung wird als nicht ausreichend erachtet, da fast nur Rindfleisch vorhanden. Fische, Geflügel und Eier sind selten. Milch und Butter liefert die Sennerei, an Gemüsen indessen und tropischen Früchten besteht Überfluß.

Für die Eingeborenen ist die Verpflegung ausreichend. In Buea, Soppo und Moliko ist wöchentlich zweimal gut besuchter Markt. Reis, Stockfisch, Hartbrot wird von zwei Faktoreien geliefert.

Duala.

In Duala haben im Berichtsjahre zwei Schlächter Rindviehherden mit der Nordbahn aus den Viehzuchtgebieten des Nordens eingeführt und es steht zu erwarten, daß diese Unternehmungen von Bestand sind. Trotz der vermehrten Viehzufuhr ist noch immer nicht mit der Errichtung eines Schlachthauses begonnen, auch besteht, obwohl wiederholt erwogen, noch kein Schlachtzwang. Hühnerseuchen in der für die Versorgung Dualas in Betracht kommenden Umgebung haben Hühner- und Eiermangel zur Folge gehabt. Frische Gemüse werden auch entbehrt, da der Gemüsebau angeblich nicht lohnt und von auswärts kein Gemüse eingeführt wird.

Die Farbigen litten zum Teil unter dem Mangel an Planten, eines ihrer Hauptnahrungsmittel. Auch ist hervorzuheben, daß sie sehr schwer an zweckmäßigere Auswahl und Zubereitung ihrer Speisen zu gewöhnen sind.

Kribi.

Die enorme Höhe der Lebensmittelpreise wird zum Teil darauf zurückgeführt, daß die Weißen sich nicht mit Geflügel- und Kleinviehzucht befassen, sondern lieber für gelegentlich angebotene Fleischnahrung die höchsten Preise zahlen. Die Versorgung mit Milch ist leidlich, Rindfleisch ist nur von Dampfern zu erhalten. Auf vielfache Anregung des Berichterstatters hat man endlich mit der Einfuhr von Rindern aus Togo und Duala begonnen, nachdem der Plan dazu bereits 1908 gemacht aber zunächst gescheitert war.

Ebolowa.

Die Verpflegungsverhältnisse für Europäer bessern sich, doch ist es bisher nicht gelungen, die Haussahniederlassung zum Antreiben von Rindern als Schlachtvieh zu veranlassen. Die Hauptnahrung der Europäer besteht daher, was frisches Fleisch angeht, in Ziegen und Schafen, ausnahmsweise gibt es Schweine und etwas Wild. Dauernd entbehrt werden Milch und Butter. Mehr und mehr bürgern sich Gemüsegärten ein, die wenig Pflege erfordern und reichlich Ertrag liefern.

Eingeborene. Fruchtbarkeit des Bodens und zweckmäßige Farmwirtschaft bedingen eine mindestens ausreichende Ernährung der Eingeborenen. Der Marktbesuch steigt zusehends. Die Eingeborenen leben auch von Fischfang und Jagd und kaufen sich sogar Zutaten zu ihrer Kost, wie Stockfisch, Ölsardinen u. dgl.

Jaunde.

Europäer. Die Verpflegungsverhältnisse sind gut. Zweimal wöchentlich werden Rinder und Schweine geschlachtet, auch werden Schafe, Ziegen und Hühner zum Verkauf angeboten. Fast sämtliche europäischen Gemüse gedeihen bei Aufmerksamkeit und Pflege. Leider ist in der Kaufmannschaft kein Interesse für Gartenbau vorhanden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Eingeborenenverpflegung besteht aus Landesprodukten (Planten, Kassada, Erdnüssen, Mais und Palmöl). Fleisch ist sehr begehrt, jedoch, da zu teuer, ein sehr seltener Genuß; zweimal wöchentlich findet Eingeborenenmarkt unter Europäeraufsicht zu festgesetzten Preisen statt.

Bafia.

Einmal in der Woche findet Markt statt, wo sämtliche Landesprodukte angeboten werden. Es ist genügend Fleisch — im wesentlichen Kleinvieh und Jagdbeute — vorhanden; Gartengemüse, namentlich Kartoffeln, gedeihen nicht.

Akonolinga.

Die Verpflegung der Europäer ist an und für sich relativ günstig, da zeitweise frisches Fleisch und frisches Gemüse vorhanden sind. Im übrigen ist man auf Nachschub von der Küste angewiesen, wodurch die Lebenshaltung sehr verteuert wird.

Die Kost der Eingeborenen, anscheinend rein vegetarisch, setzt sich zusammen aus Planten, Erdnüssen, Kürbiskernen, welche auf dem Markt eingekauft werden. Beanstandenswert ist die Herstellung eines Gerichtes »Kang«. Es werden Kassadaknollen in stagnierenden, auch zur Absetzung von Dejekten benutzten Tümpeln mehrere Tage eingelegt und nachher nur oberflächlich geröstet, wodurch der Übertragung von Wurmkrankheiten und überhaupt Infektionen jeder Art Vorschub geleistet wird.

Dume.

Europäer. Frisches Fleisch ist vorhanden, doch rührt es vielfach von tsetsekranken Tieren her, wie bereits im vorigen Bericht erwähnt. Die Jagd, von farbigen Jägern betrieben, ist ertragreich, bei niedrigem Wasserstand ist auch der Fischfang ergiebig, auch wird auf der Station eine Herde Kleinvieh gehalten und Versuche mit Schweinezucht gemacht. Es wird etwas Gemüse auf der Station gewonnen, im übrigen sind die Europäer auf Konserven angewiesen. Die Verpflegung für die Europäer im übrigen Bezirk ist ähnlich.

Alles farbige Personal sowie die Gefangenen werden aus den Stationsfarmen mit Planten, Korn, Makabo, Kassada verpflegt und müssen ihren übrigen Bedarf aus eigener Farm oder auf dem Haussahmarkt, welcher die Lebensmittel zu ungewöhnlich hohen Preisen abgibt, decken, z. B. kostet das Kilogramm Fleisch 3 ℳ. Im allgemeinen sollen die Verpflegungsverhältnisse der Eingeborenen gute sein mit Ausnahme der Mensimes, die wegen des Gummiabbaues den Farmbau vernachlässigen und ihren Bedarf von weißen und farbigen Händlern kaufen.

Molundu.

Europäer. Die Hauptgrundlage der Verpflegung sind Konserven. Frisches Fleisch ist namentlich in der Trockenzeit schwer erhältlich, außerdem ist das Wild anscheinend infolge der häufigen Jagd aus der Nähe verscheucht. Fischfang wird nicht betrieben. Die Gemüsegärten der Station liefern leidliche Erträge, auch ist Überfluß an frischen Früchten.

Die Eingeborenen ernähren sich von Planten, Kassada, Mais, ab und zu auch Elefantenfleisch. Eine große Anzahl farbiger Angestellter kann sich nicht mehr am Ort verpflegen, sondern muß kürzere oder weitere Reisen stromaufwärts zu diesem Zweck machen.

Bare.

Die Europäer halten sich einen Jäger und kaufen Kleinvieh auf dem Markte. Ihren Gemüsebedarf decken sie aus einem für die Beamten unterhaltenen Garten.

Die Eingeborenen decken ihren Bedarf auf dem Markt, auf den die Häuptlinge angehalten sind, Vieh und Gemüse bringen zu lassen.

Dschang.

Europäer. Die Verpflegung der Europäer gestaltet sich nicht zum mindesten dadurch mannigfaltiger und abwechslungsreicher, daß der Salzverkehr auf dem Stationsmarkt durch den Geldverkehr abgelöst ist, infolgedessen wurde der Markt

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bedeutend reichhaltiger beschickt. Die Versorgung mit Fleisch ist immer möglich, z. B. durch die halbwöchentliche Schlachtung des Großviehs seitens der Haussah. Allerdings sind wegen der zunehmenden Schwierigkeiten der Fleischbeschaffung die Preise aufs doppelte gestiegen.

Eingeborene. Die Ernährungsweise der Eingeborenen, die größtenteils kein Fleisch essen, um aus dem Verkauf desselben Gewinn zu ziehen, wurde zu bessern versucht; stickstoffhaltige Nahrungsmittel, z. B. Bohnen, wurden unentgeltlich zwecks Anbau verteilt und durch Besorgung von Fullahvieh ein Versuch zur Hebung der Großviehzucht gemacht, der stellenweise gelingt.

Bamenda.

Die Verpflegung wird im allgemeinen als ausreichend bezeichnet, im Gegensatz zu den Vorjahren, wo sie als reich und abwechslungsvoll gelobt wird. Ziegen, Schafe, Hühner kamen in Betracht, wenn die Haussah kein Rindvieh schlachteten.

Von den Fortschritten der Förderung der Landwirtschaft unter den Eingeborenen ist im Berichtsjahr nichts erwähnt. Jedenfalls hat zu Anfang desselben erheblicher Nahrungsmangel geherrscht, da die Trockenzeit zu früh einsetzte; doch fiel die neue Ernte wieder ergiebig aus.

Banjo.

Ebenso wie im Vorjahre wird kurz erwähnt, daß die Verpflegung für Europäer namentlich bezüglich des Fleisches abwechslungsreich ist.

Die Ernährung der Schwarzen ist vorwiegend vegetabilisch. Fleisch ist schwer zu erschwingen. Zeitweise tritt Mangel ein, bedingt durch dürftigen Boden und Trägheit der Bewohner.

Garua.

Europäer. Die Fleischversorgung ist gut, da das ganze Jahr auf dem Markte Rindfleisch, Schafe, Eier, Milch und Fische zu wohlfeilen Preisen zu haben sind. Dagegen ist die Versorgung mitVegetabilien mangelhaft. Heimische Gemüse fehlen fast gänzlich, sie sind zwar einen Teil des Jahres in einer englischen Faktorei erhältlich, jedoch zu sehr hohen Preisen. Man ist daher auf die Verpflegungsausrüstung von der Küste her angewiesen.

Kusseri.

Europäer. Auch im laufenden Berichtsjahre war genügend Fleisch vorhanden. Neu ist ein anscheinend von Erfolg begleiteter Versuch, Milchkühe auf der Station zu halten. Heimische Gemüse sind selten, da der Europäergarten durch Schädlinge eingegangen ist und neu angelegt werden muß. Einzelne, auch für den Europäer genießbare Vegetabilien können auf dem Markt gekauft werden. Nachschub gewisser europäischer Produkte, z. B. Kaffee, Tee, Kakao, Zucker, Salz und Mehl ist notwendig.

Farbige der Station und Eingeborene ernähren sich von Fisch, Mehlbrei, Reis und Mais. Das Hauptgenußmittel ist Kolanuß; die Eingeborenen sind nicht zum Anpflanzen von Gemüsen usw. zu bewegen. Ihre Kost wird von den zur Begleitung der Weißen gehörigen Farbigen aus anderen Gegenden schwer vertragen.

5. Wasserversorgung.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Allgemeines.

Um den Wert der Wasserversorgung der einzelnen Orte und Stationen des Schutzgebiets zu würdigen, bedarf es zunächst der Erörterung der Herkunft des Wassers. Orte und Stationen in gebirgigen Gegenden können ihren Bedarf vielfach durch Quellwasser decken, eine willkommene Art der Wasserversorgung, falls man sicher ist, daß

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

das Wasser auf seinem Laufe keine Verunreinigungen aufnehmen kann. Inwieweit dieser Forderung an den einzelnen Orten Rechnung getragen ist, läßt sich leider nicht durchweg aus den Berichten ersehen. Weiterhin ist zu fordern, daß die Quellen einwandfrei gefaßt werden.

Diese Maßnahme ist noch nicht überall in wünschenswertem Umfange durchgeführt, es finden sich an mehreren Stationen noch Quellen, die nicht gefaßt sind. Infolge der häufigen Benutzung bilden sich dann leicht Wassertümpel und Pfützen, wenn nicht das Quellenterrain versumpft, so daß Brutplätze für Moskitolarven u. dgl. entstehen. Zum mindesten ist zu fordern, daß der Platz, an dem die Quelle zutage tritt, wirksam umzäunt und gegen unnützes Betreten geschützt wird.

Versorgung mit Grundwasser findet sich seltener im Schutzgebiet; wo solches vorhanden, wird es durch Pumpen gehoben, wie z. B. in Kribi. Über Unzweckmäßigkeit der Anlage wird nirgends geklagt, dagegen ist die Beschaffenheit des sogenannten Grundwassers nicht durchweg einwandfrei, es fließt zeitweise zu sparsam (Kribi), oder es kommt trübe zutage (Jaunde), oder man kann deutlich direkte Zuflüsse von der Oberfläche nachweisen (Banjo).

Es bleibt noch die Versorgung mit Bach- oder Flußwasser, auf die einzelne Stationen immer noch angewiesen sind, nachdem Versuche zur Erschließung von Quellen oder Grundwasser vergeblich waren. Hier hilft nur Kochen und Filtrieren, und es mag auch an dieser Stelle betont werden, daß Berkefeldfilter, die vielfach im Schutzgebiet im Gebrauch sind, bezüglich ihrer Wirkung unkontrollierbar sind. Kommt trübes Wasser auch äußerlich klar zum Vorschein, so gestatten gleichwohl feinste, beim Auskochen und Reinigen entstandene Risse, die dem Auge unsichtbar sind, den Durchtritt von Infektionserregern.

Während für die kleineren Ansiedelungen die Wasserentnahme am Orte, wo das Wasser zutage tritt, keine Unbequemlichkeiten mit sich führt, muß für die größeren Plätze die Einrichtung einer Wasserleitung gefordert werden. Im Schutzgebiet erfreuten sich nur Victoria und Buea einer solchen. Erstere anfänglich beanstandet, wird im Bericht 1909/10 als einwandfrei angesprochen. Die Leitung Bueas ist aber keineswegs einwandfrei, da das Quellwasser, ehe es dem Sammelbassin zugeführt wird, in einem offenen Laufe Verunreinigungen ausgesetzt ist.

Der größte Ort Duala muß einstweilen noch seinen Wasserbedarf mittels Brunnen, Regentanks und Filterapparaten decken, jedoch sind die Vorarbeiten für die gemeinsame Versorgung, so namentlich die laufende bakteriologische Kontrolle der erbohrten Brunnen, so weit gediehen, daß demnächst mit der Rohrlegung begonnen werden kann.

Eingeborene. Die meist kurzen Notizen der einzelnen Berichterstatter erhärten die Tatsache, daß der Eingeborene seinen Bedarf an Wasser dort deckt, wo es ihm am bequemsten und nächsten liegt, gleichgültig, ob es unappetitlich oder verschmutzt ist oder gar von ihm selbst verschmutzt wird; es wird verwandt, so wie es geschöpft wird. Die schweren Folgen, Verbreitung von Ruhr und anderen Infektionen, werden andernorts gewürdigt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine Einwirkung auf die Schwarzen ist, soweit es sich nicht um die unmittelbar im Dienste einer Station beschäftigten Leute handelt, ziemlich illusorisch.

Hat man einwandfreies Wasser zur Verfügung, so kann man den Eingeborenen nur an dieses gewöhnen, wenn man ihm den Zutritt zu den bisherigen Entnahmestellen sperrt oder sie anderweitig unbrauchbar und unzugänglich macht; geschieht dies nicht, so bleibt es beim alten.

Im einzelnen ist zu erwähnen:

Buea.

a) Europäer. Buea hat eine Quellwasserleitung. Die Quellen entspringen in etwa 1100 m Höhe. Das Wasser muß jedoch, ehe es in ein Sammelbassin gelangt, oberirdisch und offen eine Schlucht durchfließen. Infolgedessen kann sich das Wasser mit organischen Stoffen und bei Regengüssen mit Schmutz, der hineingespült wird, beladen. Bei der Schnelligkeit, mit der das Wasser das Sammelbassin passiert, ist eine Selbstreinigung ausgeschlossen. Zwecks Abhilfe ist eine Filteranlage in Vorbereitung.

b) Eingeborene. Bezüglich der Eingeborenen wird besonders hervorgehoben, daß die Versorgung der oberen Bakwiridörfer mit Wasser sehr schwierig ist, da sie in der Trockenzeit auf oft 3 Stunden und weiter das Wasser holen müssen.

Duala.

Die laufende Untersuchung der Brunnen in der Deidosenke und im Versuchsgarten wurde fortgeführt, ihr Wasser erwies sich bakteriologisch und chemisch als einwandfrei. Gegen Ende des Berichtsjahrs waren die Vermessungsarbeiten so gefördert, daß mit dem Ausbau der Leitung begonnen werden kann.

Kribi.

Die Wasserversorgung Kribis bedarf des Ausbaus durch Vermehrung der bisher angelegten 4 Brunnen, von denen der eine oder der andere in der Trockenzeit versiegt.

Ebolowa.

Außer der ergiebigen, einwandfreies Wasser liefernden Europäerquelle sind auf den Posten Akoafim und Sangmelima Trinkwasserquellen gefaßt worden. Auch die Faktoreien bestreben sich, ihre Entnahmestellen möglichst einwandfrei zu fassen. Eine Abnahme der Dysenterie ist bereits bemerkbar. Die Bezirksleitung will die Station mit einer Wasserleitung von der sogenannten Bülowhöhe her versorgen, wo eine einwandfreie Quelle entspringt.

Jaunde.

Wasser wird durch Pumpwerk in den eisernen Behälter der Station gepumpt, dort gekocht und filtriert. Für Privatpersonen steht noch eine Quelle zur Verfügung.

Bafia.

a) Europäer. Das Wasser muß gekocht und filtriert werden.

b) Farbige. Der größte Teil der Bevölkerung benutzt Wasserlöcher, die verschmutzt und infiziert sind.

Akonolinga.

Für Europäer ist ein abgedeckter Brunnen mit Pumpvorrichtung vorhanden.

Die Versorgung der Eingeborenen geschieht aus ständig infizierten Wasserläufen. Ankylostomiasis ist die häufige Folge.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dume.

Es existiert eine einwandfreie Quelle für Europäer. Die Farbigen entnehmen ebenfalls aus guten Quellen und Wasserläufen. Überhaupt sind die Wasserverhältnisse im ganzen Bezirk gut, mit Ausnahme der Entnahmestellen an den Verkehrsstraßen, die durch Träger verunreinigt sind.

Molundu.

Europäer. Die Quelle für Europäer ist noch nicht gefaßt, jedoch gegen Verunreinigungen geschützt; überhaupt ist die Lage aller von Europäern und von Farbigen benutzten Quellen so, daß sie gegen Bodenverunreinigungen geschützt sind.

Jabassi.

Europäer. Die Station hat eine gefaßte Quelle, die einwandfreies Wasser liefert.

Bare.

Europäer und Farbige decken ihren Bedarf aus einem Loche. Den Beamten werden Berkefeldtfilter geliefert.

Dschang.

a) Europäer. Die Quelle, auf deren Ergiebigkeit und Güte im Vorjahre so große Hoffnungen gesetzt wurden, ist versiegt. Die Erbohrung eines Brunnens mißlang, da man auf Felsmassen stieß, und es muß das Wasser nach wie vor aus dem vorbeifließenden Bach entnommen, gekocht und filtriert werden.

b) Farbige. Die Farbigen genießen das Wasser ohne diese Vorsichtsmaßregeln, daher häufigere Ruhrfälle.

Bamenda.

a) Europäer. Für Europäer gibt es einen Abessinierbrunnen mit einwandfreiem Wasser.

b) Farbige. Für Farbige existiert gleichfalls ein solcher Brunnen, doch ziehen sie es vor, ihren Wasserbedarf aus einem Bach zu decken.

Banjo.

Es gibt nunmehr 2 Brunnen mit aufgesetzter Pumpe. Zeitweilige Trübungen indessen, die namentlich nach Regengüssen im Brunnenwasser auftreten, deuten darauf hin, daß Oberflächenwasser Zutritt findet.

Garua.

a) Europäer. Innerhalb des Residenturgrundstücks liegen 3 Brunnen, von denen einer, der das klarste Wasser liefert, für Europäer bestimmt ist.

b) Farbige. Die Eingeborenen entnehmen ihr Wasser aus dem Fluß oder in der Trockenzeit aus Wasserlöchern des Flußsandes. Da die nächste Ortschaft 5—6 km aufwärts liegt, kommen Verunreinigungen kaum in Betracht.

Kusseri.

Europäer. Der bereits früher vorhandene sowie ein zweiter innerhalb der Station neu ausgeschachteter Brunnen führen zeitweise stark salzhaltiges Wasser. Diese unangenehme Erscheinung rührt daher, daß das Grundwasser je nach der Höhe des Wasserstandes salzhaltige Bodenschichten berührt und aus diesen Salz aufnimmt.

Infolgedessen sind die Europäer ebenso wie die Farbigen auf die Benutzung des stark infizierten Lagonewassers angewiesen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

6. Abfuhrwesen.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Allgemeines.

a) Europäer. Die Beseitigung der Abfälle in den größeren Orten krankt daran, daß sie nirgendwo organisiert, etwa in die Hände eines Unternehmers gelegt ist, sondern daß man, wie z. B. in Buea, lediglich auf die Aufstapelung des Mülls in Gruben angewiesen ist, oder wie anderorts üblich, es einfach dem Ermessen des Einzelnen überläßt, wo und wie er die Hausabfälle beseitigen will. Europäer und Farbige verstoßen da häufig gegen Hygiene und Ästhetik und können schließlich nicht anders, denn der Unrat häuft sich, die Gruben des Anwesens reichen nicht mehr zu seiner Aufnahme aus. Abhilfe tut dringend not. Die Bekämpfung der Malaria wird sich an manchen Orten in Kleinarbeit zersplittern, solange nicht mit den Hausabfällen auch die Konservenbüchsen, die bevorzugten Brutplätze für Mücken, vernichtet werden. In Duala sind Unterhandlungen mit einem Unternehmer im Gange. Auch für die Beseitigung der Hausabwässer sowie der Entleerungen fehlen bisher gemeinsame Kanalisationsanlagen.

Vorläufig besteht im ganzen Lande mit Ausnahme der Station Ebolowa, die eine Art Tonnensystem eingeführt hat, die Einrichtung der Zimmerklosette, deren Inhalt je nach der Lage des Ortes, der See, einem Wasserlaufe oder eigens angelegten Gruben anvertraut wird.

b) Farbige. Über die Müllbeseitigung der Farbigen enthalten die Einzelberichte nur wenige Angaben; reichlicher ist das Material über die Beseitigungen der Entleerungen, doch ist leider nicht immer zu ersehen, ob die Erörterungen nur die Anlagen für die Farbigen der Station oder die der Eingeborenen überhaupt betreffen. Für die Stationen sind anscheinend überall Gruben gebaut. Auch in der Eingeborenenbevölkerung Kameruns ist die Einrichtung der Gruben vielerorts üblich, ebenso häufig aber ist auch die Absetzung der Entleerungen an einen beliebigen Ort oder an das Fluß- oder Seeufer. Gerade Duala, Kribi zeichnen sich dadurch aus, daß der Strand sowohl der Ort des täglichen Bades als auch die sehr bevorzugte Stätte der Defäkation für die Schwarzen ist. Es ist gewiß sehr schwierig, den Eingeborenen an eine geordnete Absetzung seiner Entleerungen zu gewöhnen; es ist ja auch verständlich, daß er sich lieber zu diesem Zweck abseits in einem Versteck verbirgt, als daß er gleichzeitig mit vielen anderen eine womöglich unsaubere, gemeinsame Abortanlage benutzt. Gleichwohl ist die Zentralisierung der Entleerungen derart, daß keine Neuinfektionen von ihnen ausgehen können, mit allen Mitteln anzustreben.

Buea-Soppo.

Müllabfuhr. Die früher beliebte sorglose Ablage der Abfälle hinter den Wohnungen der Weißen ist insofern abgestellt, als jetzt ausdrücklich das Anbringen von Gruben zwecks Aufnahme des Mülls gefordert wird.

Die Zahl der vorhandenen 3 Latrinen für Eingeborene ist zu gering. Vielfach werden die Wegränder von ihnen beschmutzt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Duala.

Ein geregeltes Abfuhrwesen fehlt. Die transportablen Klosette sämtlicher europäischer Haushaltungen werden des Morgens an den Strand des Wuri transportiert und in den Fluß entleert. Das Flußufer dient der farbigen Bevölkerung gleichzeitig als Badeplatz wie zur Absetzung der Entleerungen.

Die Regelung der Müllabfuhr ist in Aussicht genommen; es schweben Unterhandlungen mit einer Firma, die die Beseitigung der Abfälle übernehmen will. Wie notwendig eine baldige Lösung dieser brennenden Frage ist, zeigt ein Gang durch die Straßen Dualas, wo man hinter Europäerhäusern ebensogut wie hinter Eingeborenenhütten große Schutthaufen und leere Konservenbüchsen sieht.

Kribi.

a) Europäer. Jeden Morgen und Nachmittag findet eine Entleerung der Kübel in die See statt.

b) Eingeborene. Die Zahl der Latrinen ist zu gering, daher werden die Fäkalien vorzugsweise nach Belieben deponiert.

Ebolowa.

a) Europäer. Die Abfälle werden in abseits gelegenen Müllgruben gesammelt; das im vorigen Berichtsjahre beschriebene Tonnensystem hat sich bewährt.

b) Farbige. Jedes Eingeborenendorf hat eine oder mehrere gemeinsame Latrinengruben, mit Baumstämmen und Erde überdeckt. Nach Füllung werden sie verschlossen und durch neue ersetzt. Auch sieht man in den Dörfern neue Kehrichthaufen.

Jaunde.

Europäer haben Klosetteimer in Benutzung.
Farbige benutzen Gruben, die von Zeit zu Zeit zugeschüttet werden.
Müll und sonstige Abfallstoffe werden verbrannt.

Akonolinga.

a) Europäer. Benutzung von Klosetteimern.

b) Eingeborene. Benutzung von Gruben, die bis auf breite schlitzförmige Öffnung vollständig abgedeckt und von kleinem Buschhause überdeckt sind. Die halbvolle Grube wird mit Erde zugeschüttet, die Hütte verbrannt und die Anlage in der Nähe neu eingerichtet. In den Dörfern des Bezirks geschieht die Fäkalbeseitigung in ähnlicher Weise.

Dume.

a) Europäer. Die Klosetteimer der Europäer werden in den Fluß entleert.

b) Farbige. Für die Farbigen der Station sind Gruben geschaffen. Der Berichterstatter hat im Hospital Klosette, wie sie im Lande der Jaundes gebräuchlich sind, eingeführt: eine 3 m tiefe Grube wird oben kreuzweise mit Stämmen überdeckt, die ein Loch von 30 cm zwischen sich lassen. Über den Stämmen wird ein Hügel aus Lehm errichtet; dieser Hügel wird in der Mitte durchbohrt, so zwar, daß seine Öffnung dem Loch zwischen den Stämmen entspricht. Über der ganzen Anlage wird ein Mattenhaus errichtet. Nur der Kot wird in der Grube entleert, der Urin muß nebenher versickern, um nicht den Grubeninhalt zu schnell anwachsen zu lassen und seine übelriechende Zersetzung zu beschleunigen. Die Anlage eignet sich nur für porösen Boden.

Die Eingeborenen des Bezirks entleeren die Faeces in Gruben, den Urin nebenher. Die Anlagen entsprechen im allgemeinen den hygienischen Anforderungen, nur die Verkehrsstraßen sind durch die Gewohnheit der Träger, ihre Faeces dort abzusetzen, wo es ihnen gerade genehm ist, stark verunreinigt.

Molundu.

Für Europäer sowohl wie für Farbige der Station sind Gruben errichtet, die, wenn sie voll sind, an anderer Stelle neu gegraben werden. Eingeborene, die an einem fließenden Gewässer wohnen, setzen ihre Entleerungen in dieses ab, andere

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

in der Umgebung ihrer Dörfer ohne weiteres ins Freie. Der Berichterstatter betont, daß eine Einwirkung auf die Eingeborenen nicht möglich ist und glaubt, daß die häufige Verlegung der Dörfer mit den durch die Kotanhäufungen bedingten Belästigungen zusammenhängt.

Bare.

a) Europäer. Benutzung von Kübeln, die mehrmals täglich entleert werden.
b) Farbige. Benutzung von Gruben, die nach Füllung zugeschüttet und an anderer Stelle wieder gegraben werden.

Dschang.

a) Europäer. Für Europäer sind Zimmerklosette beschafft.

b) Farbige. Für die Farbigen sind Gruben mit Balken geschaffen, die nach Füllung zugeschüttet werden.

Bamenda.

a) Europäer. Für die Europäer gibt es Klosetteimer.

b) Eingeborene. Für Eingeborene sind Gruben mit übergelegten Brettern vorhanden. Es wird ausdrücklich betont, daß die Aborte alle 10—14 Tage desinfiziert werden.

Banjo.

Für Europäer sind Klosette vorhanden, für Farbige Senkgruben.

Garua.

Europäer benutzen Zimmerklosette. Für Farbige sind Latrinen geschaffen. Solche bestehen aus einfachen Gruben mit Rand und Stützbälken. In diese Gruben werden auch die Zimmerklosette entleert. Im übrigen sind die Eingeborenen schwer an Latrinen zu gewöhnen. Für die Station besteht ein besonderer Müllabladeplatz, wo Verbandstoffe usw. verbrannt werden. Auch im Orte selbst sind Müllabladeplätze vorhanden, sie werden jedoch nicht regelrecht benutzt.

Kusseri.

Für Weiße bestehen zwei Aborträume, für Farbige ein Aborthaus. Im Orte selbst werden die Fäkalien teils in Abortgruben, meist aber in den Fluß abgesetzt.

Eine Verunreinigung des Strandes findet in diesem Falle allerdings kaum statt, da die starke Strömung alles nach dem gegenüberliegenden Ufer zutreibt.

7. Boden.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Allgemeines.

Die Bearbeitung des Bodens hat vielerorts noch in erster Linie den Zweck, ihn zu sanieren und so herzurichten und zu erhalten, daß er der Ausbreitung von Infektionen keinen Vorschub mehr leisten kann. Infolgedessen bringen die Berichte im wesentlichen Nachrichten über den Fortschritt der Niederlegung des Busches, der Trockenlegung von Sümpfen, der Regulierung und Reinigung von Wasserläufen. Eine zusammenfassende Betrachtung ist, da naturgemäß fast für jede andere Station andere Bedingungen, andere Aufgaben, andere Schwierigkeiten in Betracht kommen, nicht möglich; immerhin läßt sich im allgemeinen feststellen, daß man mit dem zur Verfügung stehenden Personal und Material die Sanierungsarbeiten hat fördern können, hier und da aber scheint es sehr schwierig zu sein.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Buea-Soppo.

Die Urbarmachung schreitet fort. Auf dem gewonnenen Gelände werden Farmen und Gärten angelegt; indessen finden sich noch viele Wassergräben, die selbst in der heißen Zeit nicht austrocknen, da sie versteckt liegen und durch Buschwerk gegen Licht- und Luftzug geschützt sind.

Duala.

Im vorigen Bericht ist erwähnt, daß die Schluchten von Gebüsch und hohem Grase freigeschlagen sind und auch laufend von solchem freigehalten werden, und daß ein Aufschütten nach und nach in Aussicht genommen ist. Nach dem augenblicklichen Zustand sind diese Schluchten größtenteils wieder dicht bewachsen, und vom Fortschritt der Zuschüttung ist nur wenig zu sehen; auch läßt die Reinhaltung der Plantenpflanzungen zu wünschen übrig. In diesem Berichtsjahre wurde die Senke am Besekebache trocken gelegt und die Anlage für den Kai der Mittellandbahn geschaffen.

Kribi.

Die Planierungsarbeit schreitet rüstig fort, ebenso die Entwässerung sumpfiger Stellen. Ein größerer Sumpf in der Nähe der Landungsstelle ist vollkommen beseitigt. Der Wert dieser Maßnahmen zeigt sich in der Abnahme der Moskitos. Dem Niederschlagen von Busch und Gestrüpp wird indessen nicht die nötige Aufmerksamkeit zugewandt.

Ebolowa

betont, daß der abgeholzte Urwaldboden fruchtbar sei, jedoch nach der zweiten Fruchtfolge unbedingt der Ruhe oder Düngung bedürfe.

Um das Stationsgebäude ist in weitem Umkreis gerodet worden.

Das gewonnene Gelände wird möglichst zur Fruchtbestellung verwandt.

Was die Trocknung der Sümpfe angeht, die hart nordöstlich und südwestlich an die Station anschließen, so konnte etwas Durchgreifendes noch nicht geschehen. Man hat sich vorläufig mit der Bepflanzung der nassen Partien mit Reis beholfen. Auf die Dauer reicht dieses Verfahren nicht aus.

Jaunde.

Die Trockenlegung der Sümpfe macht Fortschritte, allerdings begünstigt durch eine auffallend kurze und milde Regenzeit. Auch ist die Gewässerregulierung in Angriff genommen.

Akonolinga.

Die im Vorjahre auf dem rechten Njongufer begonnenen Sanierungsarbeiten haben durch Abholzen und Trockenlegen eine Kulturfläche von etwa 1 000 ha geschaffen, auf der eine staatliche Kautschukfarm angelegt ist. Im Norden und Süden der Station befinden sich gleichfalls Planten-, Süßkartoffeln- und Kassadafarmen.

Molundu

teilt mit, daß etwa 40 ha Farm im Bereich des Postens angelegt sind. Über den Fortschritt der im Vorjahre in Angriff genommenen Reinigungsmaßnahmen ist nichts erwähnt.

Bare

unterhält 70 ha Kulturland, welches mit Mais, Süßkartoffeln usw. bepflanzt ist, so daß Durchreisende sich damit versorgen können. Die Wasserläufe an der Station wurden gereinigt, kleine Sümpfe trockengelegt und ein größerer durch Zuschütten beseitigt.

In Dschang

wird die Trockenlegung der Raphiasümpfe vermittels Begradung der Wasserläufe gefördert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bamenda.

Das sumpfige Gelände in der Nähe der Station soll durch Dränage reguliert und planiert werden. In der Bodenkultur ist zum erstenmal Pflugkultur eingeführt.

Banjo.

Der Boden ist dürftiger Laterit, der nur Gras, keine Bäume trägt, weshalb die Beschaffung von Feuerholz schwierig ist. Das Gelände ist bergig, mit eingeschnittenen Tälern. Die Regulierung der Wasserläufe des Bezirks, die sich durch stark wechselnden Wasserstand auszeichnen, ist daher nur mit sehr großen Mitteln möglich; infolgedessen muß man sich beschränken, die nähere Umgebung der Station von Mücken freizuhalten.

Garua.

Verfasser betont im Jahresberichte, daß die Bodenverhältnisse in der Umgebung der Stadt und im Bezirk überhaupt für Landwirtschaft sehr günstig sind und hebt weiter hervor, daß die Assanierung der weiteren Umgebung sehr schwierig wird, da alsdann der Benue unbedingt reguliert werden müßte.

Kusseri.

Im Bericht des Vorjahres ist erwähnt, daß in Kusseri große breite Straßen angelegt werden, im diesjährigen wird betont, daß die erforderlichen Gelder fehlen und daß ohnehin wegen der Neigung der Bevölkerung nach Fort Lamy vorsichtig mit solchen Umwälzungen vorgegangen werden müsse. Der Hauptübelstand ist, daß die Eingeborenen zu ihren Neubauten, die häufig errichtet werden, Lehm aus der nächsten Umgebung nehmen, wodurch unzählige große Vertiefungen und Löcher entstehen, die sich bei nächster Gelegenheit mit Wasser füllen. Weitere Moskitobrutplätze entstehen durch zurückbleibende Tümpel usw. nach den Flußüberschwemmungen, ihre Beseitigung macht zur Zeit große Schwierigkeiten.

Dagegen ist der die Station umgebende Busch in größerer Ausdehnung freigeschlagen; auf dem gewonnenen Gelände bauen die Eingeborenen ihre Farmen.

8. Klima.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Die in den Jahresberichten niedergelegten Beobachtungen über das Klima beschränken sich im wesentlichen auf ein kurzes Referat über die Witterung des abgelaufenen Jahres mit Erwähnung abnormer Witterungsverhältnisse und ihres Einflusses auf Krankheiten der Atmungsorgane usw.

Die exakten, an der Hand von Instrumenten auf den einzelnen Stationen gemachten Beobachtungen werden neuerdings in den Jahresberichten nicht mehr ausführlich angeführt, es haben ja auch die nackten Angaben an dieser Stelle keinen allzu großen Wert; sie gewinnen aber eine ganz enorme Bedeutung im Zusammenhange mit genauen Beobachtungen auf dem Gebiete der Physiologie und Pathologie. Denn nur, wenn die Forschungen auf diesen beiden Gebieten mit denen über das Klima Hand in Hand gehen, werden brauchbare Fortschritte in der Erkennung des Einflusses des Klimas auf den menschlichen Organismus gemacht und die ebenso brennenden zum Teil aber noch ungeklärten Fragen der Akklimatisation des Europäers in den Tropen der Lösung näher gebracht werden.

Selbstverständlich können auf diesem Gebiete verwendbare Ergebnisse nicht innerhalb kurzer Zeit erzielt werden, jahrelange For-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

schungen sind erforderlich, und es ist daher eine weitere Ausgestaltung des meteorologischen Dienstes anzustreben, an dem die Ärzte sich beteiligen müssen, um die Einflüsse des Klimas auf die gesundheitlichen Verhältnisse zu klären.

Buea-Soppo.

Das Klima Bueas wird im allgemeinen als gesund erachtet. In der Trockenzeit gibt es sehr heiße Tage, die jedoch von kühlen Nächten gefolgt sind. Die Regenzeit ist wegen der dichten Nebel unangenehm, weil diese bei empfindlichen Bewohnern Rheumatismen und Katarrhe herbeiführen.

Duala.

Die Übergangszeit war sehr kühl, so daß viele Erkältungskrankheiten auftraten. Die Regenzeit hielt lange an, trockenes Wetter stellte sich erst gegen Ende Dezember ein. Die starke Schweißabsonderung führte vielfach zu Furunkelbildung und Entzündung bei Europäern.

Kribi.

Berichterstatter gibt die Regenmengen an, die sich insgesamt auf 2 030,0 mm belaufen. Über die Beobachtungen von Dr. Külz in Kribi, betreffend den Zusammenhang von Malaria und Regenfall, siehe den Abschnitt über Malaria.

Ebolowa.

Berichterstatter hält das Klima für gesund, mit der Einschränkung, daß während der Regenzeit Bronchialkatarrhe an der Tagesordnung seien. Die kleine Regenzeit war sehr regenreich, die Trockenzeit auffallend kühl. Temperaturen von 30° waren sehr selten.

Das Klima des Postens Akoafim wird von den Europäern gut vertragen.

Bafia.

Von Mitte März herrschte Tornadozeit mit verhältnismäßig kühlen Tagen bis Ende Juni, dann folgten zwei Monate Trockenzeit. Die Hauptregenzeit dauerte von Mitte August bis Mitte Oktober. Die niedrigste Temperatur betrug 17°, höchste 38°. Nebelbildung stellte sich fast täglich ein. Der Feuchtigkeitsgehalt der Luft war stets sehr hoch.

Akonolinga.

Es besteht ein Mangel an Instrumenten für meteorologische Beobachtungen. Die Trockenzeit währte von November bis März. Dann setzte bis Mitte Mai die kleine Regenzeit mit vielen Tornados ein. Bis August herrschte trockenes Wetter, bis November große Regenzeit. Die Bildung von Morgennebeln war sehr häufig. Es wird hervorgehoben, daß die Witterungsverhältnisse, wenn man die einzelnen Jahre betrachtet, nicht gleichartig sind.

Dume.

Der Berichterstatter hält das Klima wegen hoher Luftfeuchtigkeit und schwüler Nächte für ungesund; die große Regenzeit dauerte von Mitte Oktober bis Mitte Dezember und hatte wenig Niederschläge. Die klimatischen Verhältnisse im Grasland und Baturi liegen günstiger.

Molundu.

Die Trockenzeit war auffallend heiß, ohne nächtliche Abkühlung, dagegen die Nebelbildung geringer als im Vorjahre, und infolgedessen traten Erkältungskrankheiten spärlicher auf.

Bare.

Der Berichterstatter hält das Klima für gut und erwähnt, daß die Regenzeit lange angehalten habe.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dschang.

Das abgelaufene Jahr war durch eine starke Regenzeit sowohl wie heiße Trockenzeit mit heftigen Staubstürmen ausgezeichnet. Infolgedessen traten Erkrankungen der Atmungsorgane, besonders Pleuritiden, häufig auf; bei 70 Sektionen fanden sich 56mal Verwachsungen des Brustfelles.

Banjo.

Die Höhenlage Banjos an und für sich und das trotz der Höhenlage stark ausgeprägte Tropenklima stellen bei Neuangekommenen starke Anforderungen an den Zirkulationsapparat, auf die der Organismus zunächst mit Herzklopfen und Schlaflosigkeit reagiert, bis allmählich Gewöhnung eintritt. Im übrigen wird erwähnt, daß die Regenzeit 8—9 Monate dauert, und daß die Temperaturen trotz der Höhe erträglich waren, da der geringe Feuchtigkeitsgehalt der Luft die Verdunstung der Körperfeuchtigkeit gestattet.

Garua.

Die Regenzeit dauert von Juni bis Oktober. Von Ende November ab setzt der Harmatan ein, November und Dezember sind am kühlsten, März und April am heißesten. Das Klima ist für den an die Tropen gewöhnten Europäer erträglich, mit Ausnahme der Monate März bis Juni, weil in dieser Zeit auf die Hitze des Tages keine nächtliche Abkühlung folgt. Die Erschlaffung des Organismus ist infolgedessen so hochgradig, daß trotz Chininprophylaxe seine Widerstandskraft gegenüber den Malariainfektionen der Regenzeit wohl nicht immer ausreicht.

Kusseri.

Die von April bis September dauernde Regenzeit weist verhältnismäßig wenig Niederschläge (500 mm im Jahr) auf, die jedoch mit heftigen Gewittern und Wirbelwinden einhergehen. Es ist dies die Zeit der allgemeinen Überschwemmungen. Die Temperatur schwankt zwischen 20—25° R. Von Oktober bis März ist ausgesprochene Trockenzeit. Infolge der Austrocknung der Gewässer kommt es zu massenhaften Tümpelbildungen und weiterhin zu unangenehmem Wassermangel.

Von November bis Februar setzen starke nächtliche Abkühlungen ein, die einerseits für Europäer angenehm sind, anderseits aber viele Erkältungskrankheiten im Gefolge haben. Von Mitte März bis Mitte Mai ist ausgesprochen heiße Zeit. Temperaturen um 30° herum mit wachsender, sehr erschlaffend wirkender Luftfeuchtigkeit.

Die erwähnten Unbilden des Klimas lassen im Verein mit der Moskito- und Tsetseplage den Aufenthalt in Kusseri hygienisch bedenklich erscheinen, weshalb auf Grund der Berichte des Stationsarztes die Verlegung der Station ernsthaft erwogen und wahrscheinlich auch durchgeführt wird.

9. Begräbniswesen.

Bearbeiter: Regierungsarzt, Stabsarzt Dr. Nötel.

Hinsichtlich des Begräbniswesens hat sich gegen das Vorjahr wenig geändert. Soweit zu ersehen, erwachsen aus der Bestattungsweise der Schwarzen nirgendwo wesentliche hygienische Mißstände; allgemein wird Erdbestattung geübt, jedoch bedarf es stellenweise der Überwachung, daß die Gruben tief genug gegraben und die Toten nicht, wie es bei manchen Stämmen Sitte, unmittelbar neben der Behausung oder im Busch verscharrt werden.

Victoria.

Ein alter Friedhof für Europäer ist völlig von Buschwerk überwuchert; er soll im nächsten Jahre instand gesetzt werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ebolowa.

Die Leichen werden noch am Todestage auf besonderen Plätzen oder im Busch weitab von Wohnungen beerdigt.

Jaunde.

Es gibt einen Friedhof für Europäer sowie für Farbige. Die Eingeborenen bestatten Angehörige in der Nähe der Hütten.

Akonolinga.

Drei Friedhöfe, je einen für Europäer, Farbige und Schlafkranke. Eine Kontrolle der Tiefe der von Farbigen angelegten Gräber ist erforderlich.

Dume.

Es ist ein Begräbnisplatz für die Angehörigen der Station geschaffen. Die Eingeborenen begraben die Toten mit Vorliebe in nächster Nähe der Häuser.

Molundu.

Es wird Erdbestattung in einiger Entfernung von den Dörfern geübt; sind viele Tote begraben, so wird das Dorf aus Furcht vor den bösen Geistern verlegt.

Bare.

Es besteht ein Begräbnisplatz für die Station, ebenso Beerdigungsplätze für Eingeborene.

Bamenda.

Es ist ein Begräbnisplatz für Farbige eingerichtet.

Garua.

Es besteht ein Europäerfriedhof, weiterhin einer für Farbige der Station sowie für Eingeborene. Letzterer wird benutzt, jedoch ist die Kontrolle schwer, ob und wieviel Leute im Busch usw. beerdigt werden.

Kusseri.

Es besteht ein Friedhof für Weiße sowie für Farbige der Station.

10. Organisation des Sanitätswesens.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Roesener.

Wesentliche, für das Schutzgebiet bedeutsame Neuerungen auf dem Gebiete sind im abgelaufenen Berichtsjahre nicht geschaffen worden.

Im Schutzgebiet ist eine Privatapotheke vorhanden, und zwar in Duala. Sie ist Eigentum der Afrikanischen Kompanie-Aktiengesellschaft und im Dezember 1909 eröffnet worden. Ende des Berichtsjahres mußte sie zeitweilig geschlossen bleiben, da ein Apotheker nicht vorhanden war.

Bevölkerungsstatistik.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jäger.

Die Bevölkerungsstatistik konnte in Kamerun bei der geringen Zahl des für die Verwaltung des großen Gebiets zur Verfügung stehenden Personals noch nicht weit entwickelt werden. Wo Zahlen angegeben werden, sind sie naturgemäß ungenau.

So wurden in Ebolowa vor einigen Jahren etwa 160 000 angenommen, jetzt nur noch 99 934.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

So wünschenswert der Verwaltung eine einigermaßen genaue Zählung der Männer, z. B. schon für die Erhebung der Kopfsteuer, wäre, so wenig läßt sie sich mit dem vorhandenen Personal erreichen. Ziffern über Weiber und Kinder, Geburten, Sterbefälle liegen nur vereinzelt vor.

Für diese volkswirtschaftlich und rassenhygienisch wichtigen Verhältnisse geben aber auch Stichproben schon einigen Einblick.

Aus den folgenden Berichten ist folgendes zu erwähnen:

In Kusseri ist die »Fruchtbarkeit der Weiber eine ziemlich gute, 3—4 Kinder, dabei häufig vielfache Geburten, auch Aborte häufig; nur etwa 40% aller Kinder erreichen das 16. Lebensjahr«.

Das heißt also, pro Weib erreichen nur etwa 1,2—1,6 Kinder das 16. Lebensjahr.

In Molundu wurden ärztlicherseits die Bewohner von 9 Dörfern gezählt und dabei festgestellt:

128 Männer, 255 Weiber, 118 Kinder (54 Knaben, 64 Mädchen).

Der Bericht fährt fort: »aus diesen Zahlen ergibt sich also, daß jeder Mann durchschnittlich 2 Weiber und annähernd 1 Kind hat. Dagegen haben 255 Weiber nur 118 lebende Kinder, d. h. auf 1 Weib kommen nur 0,46 lebende Kinder. Wie sich unter diesen Verhältnissen die hiesige Bevölkerung überhaupt erhält, ist rätselhaft«.

Prostitution.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jäger.

Gewerbsmäßige Prostitution in unserm Sinne, d. h. Weiber, die keinen Mann haben und den Geschlechtsverkehr als Erwerbsquelle benutzen, gibt es eigentlich überhaupt nicht in der Kolonie, oder nur in äußerst wenigen Exemplaren bei frei gekauften Weibern, meist an der Küste. In Fumban (Bamum) existiert — nach dem Bericht aus Bamenda — ein staatlich organisiertes Bordell, Taja genannt. Es enthält stets 200—300 Weiber, die sich tage-, wochen- oder monatelang zu einem feststehenden Lohnsatz verdingen. Sie sind vielfach mit venerischen Krankheiten behaftet und tragen nicht wenig zu deren Verbreitung bei.

Es ist noch zweifelhaft, ob sich diese Einrichtung einfach als Bordell auffassen läßt. Die Vielweiberei bringt es mit sich, daß so und so viele Männer kein Weib heiraten können, weil eben alle vergeben sind. Dasselbe resultiert aus dem Gebrauch des Weiberkaufes, da nicht jedermann die Mittel hat zum Heiraten. Wenn nun der Häuptling aus der großen Zahl seiner Weiber ein Institut zum Vermieten einrichtet, wo ledige Männer je nach ihren Mitteln ein Weib auf kürzere oder längere Zeit mieten können, so wird dies nur teilweise des Geschlechtsverkehrs wegen geschehen, vielmehr auch der Arbeit der Frau wegen.

Reine Prostitution dürfte es wohl nur in den Küstenorten und auch dort nur vereinzelt geben. Aber die moralischen Begriffe der Eingeborenen sind von den unsrigen so sehr verschieden, daß mit wenigen Ausnahmen jedes Weib als Prostituierte im weiten Sinne zu betrachten ist. Zwar mit Europäern wird der Verkehr in manchen Gegenden nicht geübt, aber unter den Eingeborenen ist er durchweg im Schwange. Solange die Polygamie besteht, wird auch die Prostitution, d. h. das

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verleihen oder Vermieten von Weibern an Fremde oder Freunde bestehen.

Bei den Waldlandnegern bedeutet die Frau den Kapitalsbesitz. Bestrebungen zur Abschaffung der Vielweiberei müssen also begleitet sein von Ersatzmaßnahmen zur Kapitalsanlage, also etwa Einrichtung von Sparkassen.

Daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten mit dem gegen die Prostitution Hand in Hand zu gehen hat und sein Erfolg von dem Erfolg dieses mit abhängt, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Hier wird das Gebiet sein, auf dem Arzt, Gesetzgeber und Missionar sich zunächst zu verständigen und dann gemeinsam vorzugehen haben werden.

II. Gesundheitsdienst.

1. Tätigkeit besonderer wissenschaftlichen Anstalten.

Über seine Tätigkeit als

pathologischer Anatom

berichtet Regierungsarzt Dr. Löhlein:

»In der Zeit vom 1. April bis Anfang November 1911 habe ich 60 Obduktionen vorgenommen, von denen eine die Leiche eines Europäers betraf.

Es handelte sich um einen etwa 30jährigen Mann, der seit ungefähr 6 Jahren im Schutzgebiet gelebt hatte und viel Alcoholica genossen hatte. Er starb nach kurzer Krankheit, die ärztlich nicht beobachtet worden war, plötzlich in der Nacht vom 30. zum 31. Mai 1911.

Die Sektion ergab eine chronische Bronchitis, hochgradige Dilatation und Hypertrophie der rechten Herzkammer, Dilatation der linken, allgemeine Stauung (Cyanose) und Lungenödem.

Bei den 59 Obduktionen von Farbigen, von denen mehrere aus Rücksicht für die Angehörigen nur unvollkommen ausgeführt werden konnten, ergab sich als Todesursache:

11mal kruppöse Pneumonie (1mal kompliziert durch Lebercirrhose),
8mal Dysenterie,
7mal Tuberkulose (davon 4mal Lungentuberkulose, 1mal Darm- und Peritonealtuberkulose, 1mal Knochen- und Gelenktuberkulose, 1mal Meningitis tuberculosa),
5mal Typhus abdominalis,
5mal Peritonitis nach Operation (2mal nach eingeklemmter Inguinalhernie, 1mal nach verjauchtem Bauchbruch, 2mal — infolge von Komplikationen — nach Herniotomie),
3mal Ancylostomiasis,
2mal Trypanosomiasis chronica,
3mal Laënnee'sche Lebercirrhose (darunter 1 Fall von Lepra,
1mal hypertrophische Cirrhose,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2mal Amoebenabszeß der Leber,
2mal Herzfehler durch chronische Endorcarditis,
2mal eitrige Hirnhautentzündung nach eitriger Hirnhautentzündung der Nase und der Keilbeinhöhle,
1mal traumatische Milzruptur,
1mal Schädelbruch,
1mal Phlegmone und Sepsis,
1mal Anämie nach Blutung in die Bauchhöhle bei einem Weibe (Laparotomie),

endlich bleiben 2 Fälle übrig, die nicht völlig aufgeklärt wurden. Beide betrafen kräftige, junge Farbige. In dem ersten Falle war klinisch Delirium angenommen worden. Die Sektion ergab an grob nachweisbaren Veränderungen nur starke Hyperämie und ödematöse Durchtränkung der Lungen.

In dem zweiten Falle handelte es sich um den plötzlichen Tod eines Schmierers von einem Gouvernementsfahrzeug. Der sehr kräftig gebaute Mann hatte am 22. Juni 1911 wie sonst gearbeitet, am Abend mit seinen Schlafgenossen sehr reichlich gegessen, hatte sich ohne jedes auffällige Zeichen schlafen gelegt — in einem Raum mit einer größeren Zahl anderer zusammen — und war am folgenden Morgen beim Wecken tot auf seinem Lager gefunden worden.

Anatomisch fand sich ausschließlich Ödem und geringe Hyperamie der Lungen. Anhaltspunkte für eine Vergiftung fanden sich nicht. Gerinnbarkeit und spektroskopisches Verhalten des Blutes entsprachen der Norm.

Zur Parasitologie habe ich zu registrieren, daß Ancylostoma (Necator americanus) bei Westküstennegern in etwa 82 % aller Sezierten gefunden wurde. In 2 Fällen war die Wurmkrankheit nachweisliche Todesursache. Taenia saginata fand sich einmal. Porocephaliasis mäßigen Grades wurde 5mal nachgewiesen.«

2. Gesundheitsdienst bei größeren privaten Unternehmungen.

Gesundheitsdienst beim Mittellandbahnbau.

Der Gesundheitsdienst beim Bau der Mittellandbahn lag in den Händen dreier von der Bauleitung angestellter Ärzte.

Der Gesundheitszustand bei den Europäern war im allgemeinen günstig. 1 Holzfäller starb infolge Unglücksfalls, 1 Schlosser infolge Schwarzwasserfiebers, 2 Schachtmeister waren an Schwarzwasserfieber erkrankt, der eine mußte in die Heimat geschickt werden, der zweite ist am Ende des Berichtsjahres auf dem Wege der Besserung.

Auch die Bahnärzte bedauern lebhaft, daß es unter den Beamten immer wieder einige gibt, die sich zu einer regelmäßigen Chininprophylaxe nicht entschließen können.

Über die Krankenbewegung bei den Farbigen geben folgende Tabellen Aufschluß:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Übersicht

über die sanitären Verhältnisse an der Kameruner Mittellandbahn für die Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Namen der einzelnen Lazarette	Chirurgische Krankheiten	Dysenterie und Komplikationen	Lungenkrankheiten	Darmkatarrh	Sepsis und Abszesse	Rheumatismus	Malaria	Windpocken	Hirnhautentzündung	Haut- und Geschlechtskrankheiten	Lepra und Lepraverdacht	Augenkrankheiten	Geisteskrankheiten	Zur Beobachtung und andere Krankheiten	Typhus	Herzkrankheiten	Nierenkrankheiten	Pocken	Beriberi	Bestand am 1. April 1911	Zugang im Jahr	Totalbestand im Jahr	Bestand am 31. März 1912	Gestorben	Bemerkungen
Duala	358	199	229	83	51	2[illegible]	27	60	5	42	1	23	[illegible]	78	2	8	2	.	15	42	764	806	72	89	
Japoma ..	65	29	36	.	.	3	9	.	.	4	.	.	.	6	2	.	.	.	.	51	64	115	.	8	Während 2 Monaten
Km 35 ...	521	276	479	31	14	49	59	42	.	64	3	15	.	69	.	2	.	.	.	210	855	1 055	.	97	Während 6 Monaten
Km 56,4 .	52[illegible]	391	594	85	35	97	146	15	1	60	1	13	.	89	.	3	2	1	9	24	1 309	1 333	.	94	
Edea.....	433	219	347	146	27	35	26	5	4	246	1	1[illegible]	2	6[illegible]	.	9	2	.	3	127	1 577	1 701	62	217	
Km 100,6	116	52	104	110	.	25	18	4	.	5	.	2	.	1[illegible]	.	.	.	.	1	.	198	198	79	21	Während 5 Monaten
Summe	2 013	1 166	1 789	455	127	236	285	126	10	4.1	6	69	9	319	4	22	6	1	28	454	4 757	5 211	213	526	

Übersicht über die monatlichen Zugänge in den Hospitälern und das monatliche Verhältnis von Morbidität und Mortalität zu der Zahl der Arbeiter.

Monat	Zahl der Arbeiter	Zugang im Hospital	Gestorben	Gesamt-Morbidität %	Gesamt-Mortalität %
April	6 003	684	84	11	1,41
Mai	5 961	468	49	7,9	0,8
Juni.....	5 570	410	35	7	0,6
Juli	5 541	452	29	8	0,5
August	6 180	655	51	10,5	0,8
September ..	6 424	535	88	8,3	1,4
Oktober.....	6 244	263	34	4,2	0,5
November...	4 313	216	30	5	0,7
Dezember ...	4 790	256	27	5,3	0,6
Januar.....	4 931	225	24	4,5	0,5
Februar.....	5 562	256	40	4,6	0,72
März	5 482	345	32	6,2	0,58

Gegenüber dem Vorjahr ist in allen Monaten ein Rückgang der Erkrankungen zu bemerken. Nur im August stieg die Zahl der Dysenteriekranken fast um das 6fache, von 42 auf 233. Die Gründe sind vornehmlich in der Einstellung zahlreicher neuer Arbeiter zu suchen, die bei dem anhaltenden Regenwetter des Monats unter den veränderten Lebens- und klimatischen Verhältnissen der Infektion leicht erlagen. Es war allmählich gelungen, bei neuangestellten Leuten durch langsame Angewöhnung an die neuen Verhältnisse bei möglichster Weitergewährung der heimatlichen Verpflegung, Planten, Palmöl usw., die Dysenterie einzuschränken.

Infolge des sehr starken Arbeiterwechsels war es aber anfangs August nicht möglich, die neuen Leute längere Zeit zu schonen. Es ist daher dringend wünschenswert, daß nicht halb-, sondern nur ganzjährige Kontrakte mit den Arbeitern abgeschlossen werden. Auch sollten Neuanstellungen während der Regenzeit überhaupt nicht vorgenommen werden, da die neuen, noch nicht angewöhnten Arbeiter leicht an Erkältungen und ihren Folgen, als Darmkatarrh und Lungenentzündung, erkranken. Auf Erkältung während der Regenzeit ist auch das starke Anschwellen der Lungenentzündungen im September und Oktober zurückzuführen. Von günstigem Einfluß auf die Gesundheitsverhältnisse der Leute war die Verabfolgung einer zweiten Decke sowie Errichtung von schmalen Einzelbetten für Neuangekommene, wodurch die Übertragung von Dysenterie durch direkte Berührung sehr verringert wird.

Seit Februar 1911 ist Beriberi nicht mehr vorgekommen, erst im September trat Beriberi wieder bei einigen Krujungen auf, die lediglich von Reis leben und nicht zu frischer Pflanzenkost und Hülsenfrüchten zu bewegen sind.

Die in sanitärer Beziehung erreichten Fortschritte führt der leitende Bahnarzt darauf zurück, daß es möglich war, die Leute in erhöhtem Maße mit ihren natürlichen Nahrungsmitteln, speziell Planten, zu ernähren. Unter anderem wurde auch ein Markt in den Lungasidörfern eingerichtet, wo die Arbeiter sich frische Nahrung gegen Reis und Fische eintauschen bzw. gegen bar kaufen können.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

III. Krankendienst.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen
zum Medizinalbericht über das Schutzgebiet Kamerun
für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	1	5	1	4	.	1
Windpocken	.	220	.	199	.	.
Masern (Röteln)	.	3	.	3	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	5	.	5	.	.
Pyämie (Septikämie)	.	11	.	1	.	8
Unterleibstyphus	5	27	4	11	.	15
Rückfallfieber	.	1	.	.	.	.
Malaria	166	498	156	434	1	4
Schwarzwasserfieber	30	.	16	.	10	.
Grippe	.	9	.	9	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	6	9	1	.	.	3
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	1	.	.	.	1
Tuberkulose anderer Organe	.	7	.	3	.	2
Trypanosomiasis	.	12	.	1	.	2
Ruhr	44	341	42	186	.	74
Epidemische Genickstarre	.	2	.	.	.	2
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	.	6	.	.	.	5
Gelenkrheumatismus, akuter	11	75	11	61	.	3
„ chronischer	.	4	.	3	.	.
Blutarmut	1	2	1	1	.	.
Skorbut	.	3	.	1	.	1
Vergiftung durch Alkohol	2	.	1	.	.	.
„ „ Gase	1	.	1	.	.	.
„ „ tierische Gifte	.	2	.	1	.	1
„ „ andere Gifte	3	4	3	3	.	.
Trichinose	.	1	.	.	.	.
Lepra	.	43	.	.	.	.
Beriberi	.	16	.	11	.	.
Framboesie	1	111	1	92	.	.
Bösartige Geschwülste	.	2	.	.	.	1
Andere allgemeine Erkrankungen	2	10	2	5	.	2
Summe der Gruppe I	273	1 430	240	1 034	11	125

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Geisteskrankheiten	1	7	.	.	.	1
Fallsucht	2	6	1	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	1	10	1	8	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	4	.	.	.	3
Krankheiten des Gehirns	1	3	1	1	.	.
Gehirn-(Rückenmark-)Erschütterung	.	2	.	2	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	3	.	1	.	1
Hüftnervenentzündung	1	2	1	2	.	.
Nervenschwäche	9	.	7	.	.	.
Hysterie	2	2	1	1	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	2	1	1	1	.	.
Summe der Gruppe II	19	40	13	16	.	5
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	1	8	1	8	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	4	.	4	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	5	.	3	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	2	417	2	397	.	20
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	1	.	1	.	.
Akute Lungenentzündung	.	373	.	199	.	148
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	4	52	4	34	.	15
Asthma	.	2	.	1	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	1	.	1	.	.
Summe der Gruppe III	7	863	7	648	.	183
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Entzündung des Herzbeutels	.	1	.	.	.	1
Erkrankung der Herzklappen	2	8	2	1	.	4
Herzmuskelschwäche	2	21	2	7	.	12
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	5	1	3	.	2

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Andere Herzkrankheiten	2	1	1	1	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	1	2	1	.	.	2
Hämorrhoiden	1	4	.	4	.	.
Venenentzündung	.	4	.	3	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	2	7	2	5	.	2
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	3	.	2	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	2	51	2	48	.	.
Kropf	.	1	.	.	.	.
Leukämie	.	1	.	1	.	.
Perniziöse Anämie	1	1	.	1	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	18	.	14	.	1
Summe der Gruppe IV	14	128	11	90	.	24
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	11	36	11	35	.	.
Zungenentzündung	1	1	1	1	.	.
Mandelentzündung	5	29	5	29	.	.
Rachenentzündung	.	2	.	2	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	4	23	4	19	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	1	.	1	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	3	9	3	9	.	.
Chronischer Magenkatarrh	1	1	1	1	.	.
Magengeschwür	.	2	.	2	.	.
Akuter Darmkatarrh	15	413	15	379	.	12
Chronischer Darmkatarrh	3	23	3	21	.	2
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	2	246	1	206	.	9
Eingeklemmter Bruch	.	20	.	11	.	8
Darm-, Blinddarmentzündung	8	2	8	1	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	2	.	.	.	2
Katarrhalische Gelbsucht	2	14	2	13	.	1
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	3	15	3	5	.	5
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	4	2	2	1	.	.
Zahnen	2	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe V	66	840	63	735	.	39

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Nierenentzündung	3	12	2	5	.	5
Blasenkatarrh	9	9	9	8	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	5	.	3	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	3	1	3	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	4	5	3	5	.	.
Verengerung der Harnröhre	2	2	2	1	.	1
Wasserbruch	.	49	.	44	.	1
Krampfaderbruch	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	.	4	.	3	.	.
Summe der Gruppe VI	12	88	19	69	.	7
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	38	543	32	452	.	1
Hoden- und Nebenhodenentzündung	2	15	2	32	.	.
Feigwarzen	.	1	.	1	.	.
Weicher Schanker	11	129	10	116	.	.
Bubo	84	98	29	87	.	.
Syphilis	69	319	59	249	.	2
Summe der Gruppe VII	154	1 105	132	937	.	3
VIII. Augenkrankheiten,						
ansteckende:						
Kontagiöse Augenentzündung a) Granulöser Katarrh	.	1	.	1	.	.
Akute Blennorrhoe	3	10	3	10	.	.
Tripperblennorrhoe	.	11	.	11	.	.
nichtansteckende:						
der Lider	.	8	.	8	.	.
der Bindehaut	1	72	1	72	.	.
der Hornhaut	.	22	.	19	.	.
der Regenbogenhaut	1	3	1	.	.	.
der Linse	.	2	.	1	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	2	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	8	.	6	.	.
Summe der Gruppe VIII	5	139	5	128	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	8	.	7	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	11	.	9	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	4	.	3	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	2	83	1	73	.	.
Eitriger Mittelohrkatarrh	2	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe IX	4	106	3	92	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	2	77	2	76	.	.
Akute Hautkrankheiten	31	261	29	254	.	.
Chronische Hautkrankheiten	3	39	1	29	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	731	.	619	.	1
Panaritium	3	28	3	24	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	14	412	10	357	.	8
Furunkel	13	96	11	93	.	.
Gutartige Geschwülste	2	45	2	41	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	2	15	1	13	1	1
Summe der Gruppe X	70	1 704	59	1 506	1	10
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	1	9	1	6	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	6	.	3	.	1
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	1	47	1	40	.	2
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	1	6	1	5	.	.
Fußgeschwulst	.	5	.	8	.	.
Muskelrheumatismus	2	184	2	177	.	.
Muskelzerrung	2	1	2	1	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	1	22	1	19	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	.	34	.	32	.	.
Sehnenscheidenentzündung	.	8	.	7	.	.
Krankheiten der Sehnen	1	3	1	3	.	.
Summe der Gruppe XI	9	325	9	301	.	3
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Wundlaufen	.	2	.	2	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	5	86	5	83	.	.
Quetschung innerer Organe	.	5	.	3	.	.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Zerreißung innerer Organe	.	1	.	.	.	1
Knochenbruch des Oberarms	.	6	.	5	.	1
» » Unterarms	.	7	.	5	.	.
» der Hand	.	1	.	1	.	.
» des Oberschenkels	.	10	.	9	.	.
» » Unterschenkels	1	14	1	11	.	.
» des Fußes	1	7	1	6	.	.
» » Kopfes	.	7	.	6	.	1
» » Schlüsselbeins	.	2	.	2	.	.
» der Rippen	.	1	.	1	.	.
» » Wirbelsäule	.	1	.	1	.	.
» des Beckens	.	2	.	2	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	8	1	8	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	26	.	26	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	6	.	6	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	1	.	1	.	.
Schußwunden	.	21	.	17	.	1
Hieb- und Schnittwunden	1	321	1	305	.	1
Stichwunden	.	52	.	50	.	2
Riß- und Quetschwunden	1	461	1	433	.	.
Bißwunden	1	33	.	31	1	.
Verbrennung	.	86	.	82	.	.
Erfrierung (Frostschäden)	.	1	.	1	.	.
Andere Verletzungen	.	2	.	1	.	1
Summe der Gruppe XII	11	1 170	10	1 098	1	8
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Filariasis	6	71	5	55	.	15
Ankylostomiasis	3	60	3	47	.	10
Bandwurm	3	10	3	10	.	.
Echinokokkus	1	.	1	.	.	.
Sandflohgeschwür	3	35	3	32	.	1
Andere Krankheiten dieser Gruppe	1	216	1	209	.	1
Summe der Gruppe XIII	17	392	16	353	.	27
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Scheidenvorfall	.	1	.	.	.	.
Graviditätsbeschwerden	1	1	1	1	.	.
Beckenbindegewebsentzündung	.	3	.	3	.	.
Brustdrüsenentzündung	.	3	.	3	.	.
Knickung der Gebärmutter	.	1	.	1	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Parametritis nach Geburt	.	12	.	9	.	2
Abortus	7	.	6	.	.	.
Dammriß	1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	9	21	8	17	.	2
XV. Andere Krankheiten.						
Selbstverstümmelung	.	1	.	1	.	.
Selbstmord (-versuch)	1	4	.	3	1	1
Vorgetäuschte Krankheiten	.	3	.	3	.	.
Allgemeine Körperschwäche	.	31	.	13	.	18
Altersschwäche	.	8	.	1	.	6
Zur Beobachtung	8	75	8	69	.	.
Erkrankung nach Impfung	.	1	.	.	.	.
Lebensschwäche	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	10	123	8	90	1	25

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Gruppe I	273	1 430	240	1 034	11	125
» II	19	40	13	16	.	5
» III	7	863	7	648	.	183
» IV	14	128	11	90	.	24
» V	66	840	63	735	.	39
» VI	21	88	19	69	.	7
» VII	154	1 105	132	937	.	3
» VIII	5	139	5	128	.	.
» IX	4	106	3	92	.	.
» X	70	1 704	59	1 506	1	10
» XI	9	325	9	301	.	3
» XII	11	1 170	10	1 098	1	8
» XIII	17	392	16	353	.	27
» XIV	9	21	8	17	.	2
» XV	10	123	8	90	1	25
Gesamtsumme	689	8 474	603	7 114	14	461

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Pocken.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Roesener.

Im Anfang dieses Jahres schreibt Marine-Generaloberarzt Dr. Ruge im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene Heft I 1912, daß in Südkamerun die Pocken die Volkskrankheit κατ' ἐξοχήν seien — doch dürfte er wohl seine Ansicht noch auf Berichte älteren Datums stützen, denn seit dem Erlöschen der größeren Epidemien 1909 in Kusseri und im Dumebezirk bei den Mensimes, Makas und Kakas, wo namentlich bei den Mensimes ganze Dörfer bis auf einzelne Menschen ausgestorben sind, ist ein stärkeres explosionsartiges Auftreten der Blattern in Südkamerun wie überhaupt in Kamerun selbst nicht mehr beobachtet worden.

Wenn auch dank der seit Jahren und noch jetzt fortgesetzten Durchimpfung der Bevölkerung diese Seuche wohl in keinem Falle mehr eine bedeutende Ausbreitung wie in früheren Zeiten erreichen dürfte, so sind immerhin doch mehrere kleinere Epidemien aus dem Ebolowa- und Bamendabezirk gemeldet worden, und zwar hauptsächlich da, wo früher die großen Epidemien besonders stark gewütet haben. Aus dem Ebolowabezirk ist eine Pockenepidemie zu erwähnen, die Anfang Dezember 1911 in einigen Dörfern des Ebolowa–Etuk–Sangmelima-Weges ausbrach und etwa 3 Wochen dauerte. Dann berichtet Ebolowa weiter von einem Wiederaufflackern der Pocken in Mangbe; diese kleine Epidemie, der 6 Männer und 2 Weiber zum Opfer fielen, blieb auf ihren Herd beschränkt. Zur Bekämpfung wurden jedesmal unverzüglich farbige Heilgehilfen und Sanitätssoldaten mit Lymphe und den erforderlichen Instruktionen über Isolierung der Kranken und Abbrennung der betreffenden Hütten oder Dörfer entsandt, vermöge deren Schnelligkeit, Umsicht und Gewandtheit die Erkrankungen stets vereinzelt und auf ihren Herd beschränkt blieben. Auch aus dem Dorfe Mamelu in Mensime wurden 4 Fälle bekannt.

Im Juli und August herrschte in den Ortschaften südlich des Katsena bei Munken, Fongong, Köschin usw. im Bezirk Bamenda eine Pockenepidemie, zu deren Bekämpfung ein Sanitätsunteroffizier entsandt wurde. Er fand die Epidemie bereits erloschen. Das Gebiet wurde für den Verkehr gesperrt und eine Durchimpfung des Pockengebiets und seiner Umgebung, namentlich der zuführenden Straßen, vorgenommen. Einzelne Pockenfälle wurden noch bekannt aus Kusseri, Banjo, Garua, Ngaundere und Kribi. Bemerkenswert war in Kribi ein Fall von Pocken bei einem Weißen, der nur einmal in seiner Kindheit geimpft war und 9 Tage vor seiner Einlieferung ins Hospital im Busch erkrankte. Die Entfieberung nahm noch 3 Wochen, die völlige Heilung 6 Wochen in Anspruch. Trotz sofortiger Nachforschung konnte am mutmaßlichen Orte der Infektion keine Erkrankung festgestellt werden. Nur in Kribi selbst tauchte kurz nachher ein Eingeborener mit Variola auf, auch dieser Fall blieb sporadisch. Ein weiterer Pockenkranker wurde im Dezember von der »Eleonore Woermann« mit einem auf dem Dampfer nicht geimpften Transport Weyjungen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

in Kribi gelandet. Er wurde durch die Wachsamkeit des dortigen Agenten der Woermannlinie entdeckt; ohne diesen günstigen Zufall wäre er anderen Tags mit den übrigen Leuten ins Innere abmarschiert. Der Kranke wurde isoliert, der Rest des Transports geimpft und abgesondert. So trat eine weitere Pockenerkrankung nicht auf.

In Kumba bei Johann-Albrechts-Höhe war im Mai 1911 eine Epidemie ausgebrochen; nach den Meldungen sollte es sich um echte Blattern handeln. Zu ihrer Bekämpfung reiste Stabsarzt Dr. Berké dorthin. Nach seiner Ansicht konnte es sich nicht um Variola oder Variolois handeln. Zunächst beobachtete er, daß keiner der Kranken bettlägerig war, daß von den 23 Erkrankten 11 vor 1—2 Jahren mit Erfolg geimpft waren; er impfte dann noch 11 isolierte Kranke, davon 7 mit positivem Erfolg.

Auf die Durchimpfung der ganzen Bevölkerung wurde von allen Dienststellen der größte Wert gelegt. Es wurden geimpft:

in Kusseri	18 769
» Ngaundere (nach mündlicher Mitteilung des eben zurückgekehrten Sanitätsunteroffiziers)	12 300
» Banjo	5 297
» Bamenda	11 448
Posten Bana	2 945
» Bafia	1 542
in Jaunde	3 600
» Soppo-Buea	551
» Ossidinge vom Oktober bis März	2 039
» Bare vom Oktober bis März	693
» Ebolowa	10 457
» Dume	4 000
» Joko	4 315
» Duala (Expedition Johann-Albrechts-Höhe)	2 093

Hier fehlen noch die Angaben von mehreren Stationen; man kann aber annehmen, daß im Schutzgebiet zum mindesten rund 80000 Menschen geimpft wurden. Als Impfmaterial wurde zu einem kleinen Teil aus Deutschland bezogene Glyzerin- und Lanolinlymphe angewandt, die durch den Transport ins Innere rasch an Wirksamkeit einbüßte. In der Hauptsache wurde aber im Schutzgebiet hergestellte Lymphe verimpft, soweit festgestellt mit einem Erfolg von 50—100%.

Es wurde Lymphe gewonnen in

Dschang etwa 40000 Portionen, davon wurde die Hälfte im Bezirk selbst verimpft, der Rest an andere Stationen verschickt,

Buea etwa 20000,

Bamenda 21300.

In Banjo wurde dauerd Lymphe hergestellt, ein Kalb gab durchschnittlich 6—8000 Portionen, einmal sogar 16000; auch in Jaunde wurde Lymphe gezogen, aber wegen des ganz kleinen Kälberbestandes nur in geringen Mengen. In letzter Zeit wurde auch in Garua mit der Lymphgewinnung begonnen und in Ngaundere, das sich wegen seines Viehreichtums zur Lymphgewinnung besonders eignet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nach den bisherigen allgemeinen Erfahrungen verdient die im Lande gewonnene Lymphe ihrer besseren Wirksamkeit wegen den Vorzug vor der aus Deutschland bezogenen. Doch wird man nicht ganz auf die heimische Lymphe verzichten können, um immer wieder neue Vaccinestämme zur Lymphgewinnung zur Hand zu haben.

Die Lympheinfuhr aus Deutschland konnte in den beiden letzten Jahren bedeutend eingeschränkt werden; im Jahre 1908 wurden noch 45000 Portionen für 4500 ℳ eingeführt, während 1911/12 nur 16800 Portionen zu 1680 ℳ nötig waren. Weitere Verminderungen empfehlen sich aus dem genannten Grunde nicht.

Windpocken.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Rösener.

In den Küstenplätzen traten hie und da vereinzelte Fälle von Windpocken auf, deren Entstehung auf eine große Epidemie zurückgeführt wurde, die sich von Bare längs der Nordbahn bis in den Bezirk Johann-Albrechts-Höhe erstreckte.

Auch von verschiedenen Stationen im Inneren werden einzelne Fälle mitgeteilt.

Durch Isolierung der Kranken gelang es überall, eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern.

Typhus abdominalis.

Bearbeiter: Regierungsarzt Dr. Hallenberger.

Der Typhus kommt bei weitem nicht so häufig in Kamerun vor wie die Dysenterie; und wenn er auch in vielen Gegenden endemisch herrscht, so hört man doch selten von einer Epidemie. An den Küstenplätzen und den besser ausgebauten Innenstationen ist ein Typhusfall eine Seltenheit, die Infektion erfolgt häufig auswärts. Daß der Typhus jedoch häufiger auftritt, als aus den Sanitätsberichten hervorgeht, ist wohl ziemlich sicher, da ja mancher Typhusfall wegen der Schwierigkeit der Diagnosenstellung nicht erkannt wird; außerdem entzieht sich die große Mehrzahl der Fälle der Beobachtung, weil nur Schwerkranke in ärztliche Behandlung kommen.

Die Übertragung erfolgt durch verunreinigtes Wasser, von Mensch zu Mensch, durch Haustiere und Insekten. Wo Reinlichkeit fehlt, ist die Infektion begünstigt. Dementsprechend wurden Typhuserkrankungen nur bei 5 Europäern (meist Seeleuten) beobachtet, während eine ganze Anzahl Farbige erkrankte.

Die Diagnose ist häufig nicht leicht zu stellen, da das Krankheitsbild auch bei schweren Fällen nicht das Bild zu sein pflegt, das man sich von Typhus zu machen gewohnt ist. Konstant ist nur kontinuierliches Fieber und Milztumor; borkige Lippen, Typhuszunge und Roseolen fehlen meistens. Die Stühle bringen meist nichts Besonderes. Die Kranken haben trotz hohen Fiebers keine Klagen, ruhig liegen sie zu Bett und essen womöglich mit Appetit. Eine Verwechslung mit

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Malaria ist demnach leicht möglich, zumal wenn man nicht die Möglichkeit hat, einen Widal zu machen; auch Lungenaffektionen täuscht die enorm geschwollene Milz leicht vor.

Die Krankheit verlief bei den 3 erkrankten Europäern schwer, da die Entfieberung sich lange verzögerte. Bei den Eingeborenen ist der Verlauf meistens tödlich, da ärztliche Hilfe erst im vorgeschrittenen Stadium aufgesucht wird. Frische Fälle sind jedoch auch bei Farbigen der Typhustherapie, bei der Diät und sorgsame Pflege obenan stehen, sehr wohl zugänglich. Bei den zur Genesung gekommenen Farbigen wurde nach der Entfieberung leicht erregbare, zum Teil unregelmäßige Herztätigkeit beobachtet. Alle Komplikationen kamen vor: Otitis media, Ödeme, Harnröhrenausfluß ohne Gonokokken, Darmblutungen. Die Todesursache war meist Herzschwäche, einige Male Perforationsperitonitis.

Bei Sektionen fand sich das bekannte Bild des Typhusdarmes, Geschwürbildung an dem Payerschen Plaques, des Ileums und unteren Jejunums, teils mit teils ohne Schwellung der Solitärfollikel des Colon, Schwellung der Milz und der Mesenterialdrüsen, parenchymatöse Degeneration der Bauchdrüsen und des Herzmuskels.

Die Prophylaxe heißt: Reinlichkeit, gutes Trinkwasser, geregelte Abortverhältnisse, drei Dinge, die für die farbige Rasse noch in weiter Ferne liegen.

Malaria.

Bearbeiter: Regierungsarzt Dr. Ufer.

Die Malaria liefert, wie in allen früheren Berichten hervorgehoben wurde, die meisten Erkrankten zur Behandlung, aber weit über die Zahl der angegebenen Fälle (166) hinaus ist die Malaria unter den Europäern der Kolonie verbreitet.

Dr. Külz hat in Kribi Erhebungen darüber angestellt, wieviel Fieber auf einen ärztlich Behandelten kommen. Er berichtet darüber:

»Malaria führte bei 16 Europäern zur Hospitalaufnahme. Diese verhältnismäßig sehr niedrige Zahl, 19% der Gesamtzugänge, berechtigt indessen nicht zu der Annahme einer besonders günstigen Malariamorbidität für Kribi und seinen Bezirk, sondern erklärt sich daraus, daß prinzipiell aus Platzmangel nur auswärtige Malariker oder solche mit außergewöhnlich ernsten Symptomen Aufnahme fanden. Ambulant wurden 35 weitere Malariafälle behandelt; aber auch die Summe von 51 Fällen in der Berichtszeit stellt bei weitem noch nicht die totale Erkrankungsziffer dar, da erfahrungsgemäß fast alle leichten Fieber wegen der ihnen vindizierten Bedeutungslosigkeit einer Selbstbehandlung unterzogen werden. Es schien mir nicht uninteressant und nicht unwichtig, wenigstens annähernd festzustellen, wieviel selbstbehandelte Fieber auf ein ärztlich behandeltes entfallen; nicht unwichtig deshalb, weil man ohne Beachtung dieser Frage zu völlig verkehrten Vorstellungen von der tatsächlichen Malariahäufigkeit unter den Europäern kommen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

muß. Bei allen die Sprechstunden oder das Hospital aus irgendwelchen Gründen aufsuchenden Weißen ermittelte ich anamnestisch 1 Jahr lang die in ihrer letzten Dienstperiode überhaupt überstandenen Fieber und die darunter ärztlich behandelten. Weiter zurückliegende Zeiten wurden wegen der Unsicherheit der Erinnerung nicht berücksichtigt. Dabei ergab sich das überraschende Resultat, daß auf 8 Malariaanfälle durchschnittlich nur 1 ärztlich behandelter fiel. Diese ungemein hohe Zahl hat zudem als Mindestwert zu gelten, da sicher manche der Befragten die Anzahl der von ihnen überstandenen Fieber, sei es bewußt, sei es unbewußt, zu niedrig angegeben haben werden.

Andererseits ist freilich auch zu berücksichtigen, daß viele von ihnen notgedrungen an arztlosen Orten die Selbstbehandlung übten.«

Ferner hat Dr. Külz zu prüfen versucht, ob für Kribi und Umgegend der Gang der Malariakurve bei Europäern in irgendeinem nachweisbaren Wechselverhältnis zu den Niederschlagsmengen steht, wie es von vielen anderen tropischen Plätzen berichtet wird. Ein solcher Zusammenhang ist im abgelaufenen Jahr für Kribi nicht erkenntlich, wobei indessen zu bedenken ist, daß das Beobachtungsmaterial kein sehr reichhaltiges ist und ergänzender Nachprüfungen in den nachfolgenden Jahren bedarf. Anschließend folgt die Tabelle über die monatlichen Regenmengen und die Malariazugänge, getrennt nach Erstlingsfiebern, Neuerkrankungen und Rezidiven:

Monate	Regenmenge	Erstlingsfieber	Neuerkrank.	Rezidiv	Total
April 1911 ...	183,3 mm	—	—	3	3
Mai	319,9 »	1	1	2	4
Juni	4,7 »	2	1	1	4
Juli	82,4 »	1	1	5	7
August	115,9 »	1	—	4	5
September ...	170,1 »	—	1	1	2
Oktober.....	531,8 »	1	—	2	3
November....	76,2 »	1	—	6	7
Dezember	208,9 »	1	—	1	2
Januar 1912..	138,8 »	3	1	2	6
Februar.....	43,4 »	2	—	—	2
März	121,3 »	4	—	2	6
	Summe ...	17	5	29	51

Mikroskopisch wurden nur in einer geringen Zahl von Fällen Parasiten nicht nachgewiesen. Zur Beobachtung kamen Tropica, Quartana und Tertiana.

Der Verlauf der meisten Malariaerkrankungen war ein leichter und ohne Komplikation. In Lomie verliefen die um Mitte November und später zugekommenen Fälle unter schweren Allgemeinsymptomen. Leider fehlen in den Berichten Angaben darüber, ob die Prophylaxe Einfluß auf den Verlauf hatte. Der einzige Todesfall betraf eine chininscheue Frau. Aus dem Hospital Duala wird darüber berichtet:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

»Der Todesfall betraf eine sehr schwächliche und chininscheue Frau, welche sich seit einigen Monaten zum zweiten Male im Schutzgebiet befand. Sie war erst im Februar dieses Jahres entbunden worden und bereits wieder schwanger. Da sie außer der Führung des Haushaltes und der Pflege der schwächlichen Kinder noch im Geschäft des Mannes tätig war, wollte sie wohl nicht krank sein und kam erst, nachdem sie bereits 14 Tage Kopfschmerzen und Fieber gehabt hatte, spät abends ins Hospital. Die Blutuntersuchung ergab das Vorhandensein kolossaler Mengen von Parasiten. Da aber wegen der unregelmäßigen Chininprophylaxe Chinin zunächst nur in kleinen Gaben mit zweistündigen Zwischenräumen gereicht werden durfte, konnte das Ansteigen des Fiebers am Tage nach der Aufnahme nicht verhütet werden. Am andern Morgen stellte sich bei der schon sehr blutarmen Frau ganz plötzlich eine stärkere Blutung aus der Gebärmutter ein. Die sogleich vorgenommene Untersuchung ergab eine schon vollendete Fehlgeburt im 3. Monat. Die Gebärmutter wurde ausgeräumt und ausgespült. Die Frau verfiel bald darauf in einen schweren schlafsüchtigen Zustand, bei dem auch Chinineinspritzungen erfolglos blieben. Unter andauerndem hohen Fieber erfolgte am 3. Tage der Tod durch Herzschwäche.«

Aborte als Folge von Malaria sind wiederholt beschrieben.

Über einen Fall von intermittierender Albuminurie, wie sie auch von Ziemann mehrfach beobachtet wurde, wird aus Banjo berichtet:

»Ein Europäer litt wohl als Folge zweimaliger früherer Schwarzwasserfieber schon vor Beginn eines Tropenfiebers an einer Albuminurie sehr geringen Grades, an manchen Tagen nicht nachweisbar. Aus Furcht vor Schwarzwasserfieber hält er keine Chininprophylaxe ein; es wurde die Malaria deshalb mit der stets vertragenen Menge von 0,05 Chinin beginnend und steigend bis 1,0 behandelt. Das Chinin wurde gut vertragen und hatte auf die Eiweißausscheidung keinen Einfluß; das Sediment aus einem Spitzglas nach 1 Tag enthielt keine Nierenformelemente.«

Bamenda berichtet folgenden Fall:

»Ein Fall von Malariaerkrankung bei einem Europäer war von Interesse. Derselbe hatte, bevor er in ärztliche Behandlung kam, wegen Unwohlseins an den beiden vorhergehenden Tagen je 1,0 Chinin auf einmal genommen. Er erkrankte darauf am nächsten Tage mit hohem Fieber, Schüttelfrösten, Erbrechen und starken Schmerzen in der linken Nierengegend. Der Urin war leicht rötlich, es fanden sich spärliche Zylinder und Erythrociten. Freies Hämoglobin war nicht nachzuweisen. Am 2. Tag der Behandlung wurden im Blut Tropicaringe gefunden. Der Fall wurde zunächst wie Schwarzwasserfieber behandelt und dann durch langsame Chininsteigerung geheilt. Es hat sich hier also nicht um eine Hämoglobinurie wie bei Schwarzwasserfieber gehandelt, sondern um eine alleinige Affektion der linken Niere mit Hämaturie.«

Aus dem Hospital Kribi wird folgender Fall geschildert:

»Den heftigsten Malariaanfall in der Berichtszeit hatte ein $1^1/_4$jähriges Europäerkindchen zu überstehen. Er erstreckte sich über 5 volle Tage bei mehr als zweitägiger Bewußtlosigkeit, heftigen Konvulsionen, dysenterischen Entleerungen und mehrfach 42° übersteigender Temperatur. Dabei war der periphere Parasitenbefund nur sehr spärlich, aber überaus hartnäckig selbst gegenüber heroischen Chinindosen, zu denen ich meine Zuflucht nahm (0,8 g pro die zur Hälfte intraglutäal, zur Hälfte per os). Das Kind genas und erfreut sich seither besten Wohlseins unter prophylaktischem Chininschutz.«

Unter den Farbigen ist die Malaria stark verbreitet, die Angaben schwanken bis zu 80% in einigen Bezirken. Besonders leiden die kleinen Kinder darunter; die meisten Todesfälle kommen auf das 1. Lebensjahr, während die Eingeborenen in späteren Jahren gegen die Malaria widerstandsfähiger sind; die vorgekommenen Todesfälle waren sämtlich mit Lungenentzündung kompliziert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Banjo wurde folgender Fall beobachtet:

»Ein etwa 11jähriger schmächtiger, aufgeschossener Soldatenjunge mit gut verlaufender Malaria perniciosa nebst starkem Bronchialkatarrh litt an Chorea minor, angeblich schon längere Zeit. Auf Arsen (3 mal täglich 0,001 acid. arsenic) besserte sich diese augenscheinlich. Er befindet sich noch in Behandlung.«

Die Malariabehandlung mit fraktionierten Chinindosen hat sich weiter bewährt. Die Erfolge wie Vorteile dieser Darreichung (5 mal 0,2 oder 4 mal 0,25) sind zu bekannt, um näher beleuchtet zu werden.

Über Behandlungsversuche mit Uranin, die im Hospital Duala angestellt wurden, wird von dort berichtet:

»Auf Anregung von Professor Ziemann prüfte der Regierungsarzt die Beeinflussung der Malaria durch Gaben von Fluorescinnatrium (Uranin). Es wurden zu diesem Zweck besonders solche Fälle ausgewählt, welche sehr zahlreiche Parasiten im pheripheren Blut zeigten. Bei Farbigen trat meistens nur ein Fieberanstieg auf. Die Parasiten hielten sich aber auch in der fieberlosen Zeit andauernd sehr zahlreich im Blute. Trotzdem Uranin in 5% Lösung in Gaben von 3—30 ccm gegeben wurde und eine Verfärbung der Schleimhäute und der dünneren Hautstellen hervortrat, änderte sich der Blutbefund nicht, ja es kam sogar in einigen Fällen zu einem erneuten Fieberanstieg. Es mußte daher nach einiger Zeit Chinin dargereicht werden, welches die Krankheit prompt beseitigte.

Bei Europäern wurde ebenfalls kein sichtbarer Erfolg erzielt. Das Fieber wurde nicht beeinflußt, dagegen zeigten sich sehr zahlreiche Parasiten im Blute, Kopfschmerzen und Übelkeit. Chinin wurde auch hier schließlich notwendig und beseitigte die Krankheitserscheinungen. Nach Ansicht des Berichterstatters deutet das Fieber der Farbigen nicht etwa auf eine Beeinflussung des Ablaufs der Malaria durch das Uranin hin, sondern vielmehr auf die relative Immunität der Farbigen gegen Malariainfektion, was auch hier in solchen Fällen beobachtet worden ist, welche eine Zeitlang ohne Chinin und ohne Uranin geblieben sind.«

Diese Versuche kommen zu einem etwas anderen Resultat als die, welche in den Medizinalberichten 1908/09 veröffentlicht sind. Während dort von einer gleichen Wirkung des Fluoreszin-Natrium auf das Protoplasma der Parasiten wie bei der Chinintherapie gesprochen wird, geht aus den neueren Versuchen hervor, daß Uranin auf die Parasiten keinerlei Wirkung ausübt.

Wenn auch die unangenehmen Nebenerscheinungen des Chinins und die Gefahr eines Schwarzwasserfieberanfalls ein rastloses Suchen nach einem gleichwertigen Präparat ohne diese Nebenerscheinungen und ohne diese Gefahr rechtfertigen, so muß doch betont werden, daß durch Darreichung fraktionierter Dosen die Nebenerscheinungen und die Gefahr eines Schwarzwasserfiebers auf ein Minimum beschränkt werden, ohne daß die Wirkung irgendwie beeinträchtigt wird.

Prophylaxe. Zur Verhütung der Infektion kommt praktisch nur mechanischer Schutz und Chininprophylaxe in Betracht.

Leider verhindern eingewurzelte Vorurteile trotz regelmäßig wiederholter Gesundheitsbelehrungen die allgemeine Beobachtung der Schutzmaßregeln.

Buea gilt immer noch als malariafrei, obwohl schon seit Jahren einwandfrei nachgewiesen ist, daß Malaria in Buea endemisch vorkommt.

Die Prophylaxe mit kleinen täglichen Dosen von 0,2 hat immer noch Anhänger, trotzdem sie sich als unzureichend erwiesen hat. Eine

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Reihe von Schwarzwasserfiebern ist auf diese Prophylaxe zurückzuführen. Vorgezogen wird sie von ihren Anhängern deshalb, weil diese kleinen Dosen keinerlei Nebenerscheinungen machen und weil bei täglichem Einnehmen das Chinin nicht vergessen wird.

Daß eine Prophylaxe notwendig ist, braucht nicht näher ausgeführt zu werden, sie wird wohl auch von den meisten Europäern mehr oder weniger regelmäßig durchgeführt.

Die Art der Prophylaxe muß sich nach den örtlichen und persönlichen Verhältnissen richten, nach der Schwere der früheren Fieber und nach der Konstitution des Einzelnen.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß jede regelmäßige Prophylaxe einen bestimmten Schutz bieten kann, wenn die Chinindosen nicht zu klein und die Zwischenräume nicht zu groß sind.

Die Bekämpfung der Malaria wurde an allen Plätzen nach Kräften fortgesetzt. Die einzelnen Maßnahmen richten sich nach den örtlichen Verhältnissen. An Orten, deren Niederungen im Überschwemmungsgebiet eines Flusses liegen, ist eine Trockenlegung der Moskitobrutplätze praktisch unmöglich oder doch mit so hohen Kosten verbunden, daß sie zur Zeit nicht in Frage kommen kann. Abholzungen, Dränage, Auffüllung kleiner Tümpel schaffen Besserung, ebenso die Beseitigung leerer Konservenbüchsen, Flaschen usw. (Vgl. Abschnitt 6, Abfuhrwesen.)

Die Chinisierung der Eingeborenen kann nur für das Personal auf Stationen in Betracht gezogen werden. Auch wenn der Kostenpunkt bei Maßregeln, die die Gesundung eines Ortes herbeiführen, nicht in Frage käme, so ist doch ihre allgemeine Durchführung infolge des ständigen Wechsels der Bevölkerung an den meisten Orten illusorisch. Eine Chinisierung der Gesamtbevölkerung, die bei 80% Malariainfizierten notwendig wäre, scheitert an den hohen Kosten.

Schwarzwasserfieber.

Wie bereits unter Prophylaxe angeführt, sind die Schwarzwasserfiebererkrankungen auf zu wenig Chinin zurückzuführen, sei es nun, daß die Prophylaxe nicht ausreichend oder unregelmäßig war, sei es, daß die einzelnen Fieber nicht genügend behandelt wurden. Die Dosen, die den Anfall auslösten, waren verschieden groß von 0,01 —1,5 g Chinin mur.

Dr. Stechele berichtet über einen Fall:

»Es handelte sich um einen Europäer, bei dem ich wegen entzündlicher Phimose Circumcision ausgeführt hatte; schon die kaum stillbare Gewebsblutung ließ eine schwere Blutänderung erwarten. Blutbefund: Hglb. 40—50%, Tropicaringe.

Auf 0,1 Euchinin erfolgte Hämaturie, Dauer 7 Stunden, Temperatur 39,4. 2 Tage später auf 0,01 Chinin mur. wieder Hämaturie. Parasiten waren auch nach dem Anfall im Blut zu finden; der Hämoglobingehalt blieb der gleiche.

Es gelang in 5 Tagen von 0,005 auf 0,5 Chinin zu steigen.«

Ohne vorhergegangenes Chinin wurde kein Fall von Schwarzwasserfieber beobachtet. Bei den meisten Fällen fehlt eine Angabe, wie lange der Befallene im Schutzgebiet war, doch ist nach den Beschrei-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bungen anzunehmen, daß die Mehrzahl längere Zeit in der Kolonie war, wiederholt Schwarzwasserfieber durchgemacht hatte oder daß doch dem behandelten Anfall mehrere Malariafälle vorangegangen waren. In Duala kam ein Fall zur Behandlung, bei welchem der Erkrankte erst seit 6 Monaten in Kamerun war. Er hatte seit 14 Tagen mehrmals kleine Fieber gehabt, doch dabei gearbeitet und verschiedene Male 1,8 g Chinin genommen. Er pflegte überhaupt ganz unregelmäßig Chinin zu nehmen. 0,4 Chinin löste den Anfall aus.

Bei den 3 tötlich verlaufenen Fällen in Kribi hatten die Erkrankten eine 3-, $3^1/_2$- und 4jährige Tropenzeit hinter sich, so daß in diesem Jahr die gesamte dortige Mortalität auf Kolonisten mit übermäßig langer Dienstzeit entfällt. Über einen tötlich verlaufenen Fall wird aus Duala berichtet:

»Der Todesfall betraf eine von ihrem Mann getrennt lebende Frau. Derselben war es schwer gefallen, Chinin zu nehmen, auch hatte sie nach ihrer Aussage in der letzten Woche überhaupt kein Chinin genommen. Die prophylaktisch genommenen Dosen waren viel zu klein. Als dann Beschwerden auftraten, nahm sie gegen Abend 0,6 Chinin in Perlen. In der Nacht brach plötzlich Schwarzwasserfieber aus. Zunächst weigerte sie sich, das Haus zu verlassen. Bei der Aufnahme ins Hospital am 2. Tag betrug die Temperatur 40,6, der Puls war beschleunigt, flatternd und verschlechterte sich noch gegen Abend.

Unter starkem Schweiß sank dann zunächst die Temperatur, der Hämoglobingehalt war 60%, der Urin betrug in den ersten 24 Stunden 1 500 ccm und enthielt reichlich Blut. Innerlich wurde wegen des starken Erbrechens Morphium mit Digalen gegeben. Die Blutzersetzung schritt unaufhaltsam vorwärts. Hand in Hand damit traten bedrohliche Zeichen von Herzschwäche ein. Am 3. Tag betrug der Blutfarbstoffgehalt des Blutes nur noch 15%. Zur Hebung der Herztätigkeit wurden intravenöse Kochsalzinfusionen gemacht, die einen vorübergehend belebenden Einfluß hatten. Daneben wurden Kamphereinspritzungen gegeben. Am Nachmittag des 3. Tages setzte Schüttelfrost unter Ausbleiben des Pulses ein. Uranin in 5% Lösung verblieb im Magen. Am Nachmittag des 5. Behandlungstages wurde trotz vorhergegangener besserer Nahrungsaufnahme die Kranke unter Wiederansteigen der Temperatur und Schlechterwerden des Pulses besinnungslos. Nachts um 12 Uhr vermochte Patientin nicht mehr zu schlucken. Unter Aussetzen des Pulses und der Atmung erfolgte am andern Tage um 3 Uhr p. m. der Tod.«

Bei einem andern Fall ist bemerkenswert, daß an einem Tag 1,0 g Chinin auf einmal gut vertragen wurde, während tags darauf 2 — 0,5 Chinin einen Schwarzwasserfieberanfall auslöste, der sehr leicht und günstig verlief.

Über die Häufigkeit des Schwarzwasserfiebers schreibt Külz in Kribi: »Aus dem Kribibezirk kamen 5 Schwarzwasserfieberfälle zur Aufnahme, also einer auf 10 ärztlich behandelte Malariker. In Wirklichkeit wird man unter Berücksichtigung dessen, was oben über die Häufigkeit der selbstbehandelten Malariafälle gesagt wurde, ungefähr das Richtige treffen, wenn man auf 80—100 Malariaerkrankungen 1 Schwarzwassererkrankung rechnet. Letzteres wird, wo es nur irgend möglich ist, die Zuziehung des Arztes selbst aus weiter Ferne bedingen.«

Versuche mit Cholesterin wurden auch im Hospital Duala angestellt. Es wird darüber berichtet:

»Bei den weiter fortgeführten Versuchen betreffend die Beeinflussung des Schwarzwasserfiebers durch Cholesterin ist Berichterstatter ebenfalls zu einem

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

negativen Ergebnis gekommen. Es gibt wohl einige Fälle, die scheinbar beeinflußt werden, es sind das diejenigen Fälle des Schwarzwasserfiebers, bei denen eine intermitierende Hämoglobinurie beobachtet wird. Diese Fälle verlaufen meist so, daß auf den ersten fieberhaften Anfall am 2. Tag Entfieberung erfolgt und hellgelber Urin abgesondert wird. Plötzlich, anscheinend ohne ersichtlichen Grund, beginnt eine neue Hämolyse unter Schüttelfrost und allen schweren Erscheinungen des ersten Anfalls. Auch diese kann wie die erste bald zur Norm zurückkehren. Der Anfall kann sich unter ständigem weiteren Sinken des Hämoglobingehaltes des Blutes 5—6mal und noch öfter wiederholen, bis entweder Genesung oder der Tod eintritt. Gibt man in solchen Fällen Cholesterin, so kann leicht der Eindruck hervorgerufen werden, als bewirke dieses eine Unterbrechung des Blutzerfalles, während doch dieser auch in anderen Fällen aus einer noch unbekannten Ursache unterbrochen wird.«

Im Bericht sind 2 Fälle aufgeführt, bei denen nach Cholesterineinnahme am Tage nachher unter Schüttelfrost blutiger Urin entleert wurde. Über den einen tötlich verlaufenen Fall wird geschrieben:

»Ein Schmied der Kameruner Mittellandbahn, der sehr unregelmäßige Prophylaxe getrieben hatte, wurde am 27. November mit Schwarzwasserfieber aufgenommen. Er hatte 3 Tage vorher etwas gefiebert bis 38,7 und nahm an dem Morgen gegen 6 Uhr 0,5 Chinin. Gegen 11 Uhr bemerkte Patient Schwarzfärbung des Urins. Er wurde sofort in das Hospital aufgenommen. Hier bekam er täglich zweimal einen Teelöffel Cholesterin. Außerdem wurde am nächsten Tage des Erbrechens wegen Morphium mit Digalen gegeben. Am nächsten Tag trat von neuem Schüttelfrost ein, der Urin war dunkelschwarz, enthielt Blut, das Erbrechen hielt an. Der Hämoglobingehalt des Blutes sank dauernd: am 1. Tage auf 75%, am 2. auf 61%, am 3. auf 38%, am 4. auf 22%. Patient zeigte starken Ikterus. Am 4. Tage wurde er sehr apatisch und zuweilen etwas benommen. Der Puls wechselte, Urin konnte nicht mehr aufgefangen werden. In der Nacht vom 30. November zum 1. Dezember fiel das Fieber ab, Patient war benommen, der Puls schlecht, trotz Digalen und Kampher. Gegen Morgen trat plötzlich sehr starkes Erbrechen auf mit Herzschwäche. Patient verfiel und starb sehr bald.«

Bei Farbigen wurde im Berichtsjahr Schwarzwasserfieber nicht beobachtet.

Tuberkulose.

Bearbeiter: Oberstabsarzt Dr. Kuhn.

Die Tuberkulose wird im Berichtsjahr in 6 Fällen bei Europäern und in 17 Fällen bei Farbigen erwähnt. Außerdem ist zu bemerken, daß unter den in Dschang untergebrachten verbannten Hottentotten viel Tuberkulose herrscht. Trotzdem die Zahl 17 für das Schutzgebiet nicht groß ist, so beleuchtet sie doch die ernste Gefahr, die den Eingeborenen durch die Tuberkulose droht. In Südafrika ist sie bereits die schlimmste Geißel der Farbigen geworden.

In Kamerun herrschen dieselben Gewohnheiten bei den letzteren wie in Südafrika: enges Zusammenleben in schlecht gelüfteten, schmutzigen dunklen Hütten, Benutzen derselben Geschirre beim Essen, derselben Pfeife beim Rauchen und derselben Decken beim Schlafen. Es wird großer Anstrengungen bedürfen, um diese Gefahr von Kamerun abzuwehren.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die menschliche Trypanosomiasis und die Schlafkrankheit.

Hierzu eine Übersichtskarte.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Roesener.

Nach Berichten von

1. Stabsarzt Freyer,
2. Oberarzt Dr. Roesener,
3. Oberarzt Dr. Stechele,
4. Stabsarzt Schachtmeyer,
5. Stabsarzt Dr. Nägele,
6. Assistenzarzt Dr. Schömig,
7. Stabsarzt Dr. Pistner und

nach Auszügen aus den Jahresmedizinalberichten 1911/12.

Nach den bisherigen Erfahrungen und Erkundungen scheint die Trypanosomiasis und Schlafkrankheit im Kamerungebiet doch mehr verbreitet zu sein, als man bisher allgemein annahm. Die Erforschung des Schutzgebiets in dieser Richtung steht noch in den Anfängen und mußte teilweise aus äußeren Gründen ganz ruhen. Genaue Angaben über das Vorkommen der Seuche in den einzelnen Gegenden lassen sich deshalb noch nicht mit Bestimmtheit machen, weil die Erkundung ausgedehnter Gebiete, die für das Vorkommen von Trypanosomiasis und der Schlafkrankheit in Betracht kommen, kaum oder noch lange nicht intensiv genug erfolgen konnte.

Mit Sicherheit und in größerer Ausdehnung kommt die Krankheit bisher vor im Flußgebiet des Njong und des Dume.

Die in Molundu aufgefundenen 7 Fälle von Schlafkrankheit betrafen Leute von Dampferbesatzungen, die bald wieder nach dem Kongo abgeschoben wurden. Auf der Station selbst gibt es noch keine Schlafkrankheit. Dagegen gibt zu denken, daß in 3 deutschen Dörfern je ein Schlafkranker gefunden wurde, nämlich in Dongo, dem letzten Dorfe am Dschah und in den beiden Sangadörfern Djembe und Ndsimu (Putu). Der Kranke in Dongo will nie aus seinem Dorfe herausgekommen sein, was zwar nicht wahrscheinlich ist, immerhin aber möglich wäre. Beruht seine Angabe auf Wahrheit, so wäre es ziemlich rätselhaft, wie dieser isolierte Fall dahin gekommen ist. Dampfer z. B. halten dort nie an. Bei den Sangadörfern dagegen ist die Infektion ziemlich klar, je weiter man den Sanga hinauf kommt, desto verseuchter sind die Dörfer und in Verbindung untereinander stehen sie alle. Nach französischen Angaben sind in der Nolagegend etwa 70% der Eingeborenen an Trypanosomiasis erkrankt und von den Europäern erkrankten mit der Zeit so ziemlich alle daran.

Weiter ist sie durch Stabsarzt Pistner festgestellt am Nkamfluß (Bezirk Bare) in den Landschaften Baseko und Mbo, und zwar im Dorfe Njum in 4 Fällen und in 1 Fall in Nkong-Sung. Pistner fand in mehreren anderen Ortschaften am Nkam noch eine Anzahl Leute, die klinisch die Symptome des zweiten Stadiums der Trypanosomiasis darboten, bei denen es ihm aber nicht gelang, die Diagnose durch den Trypanosomenbefund zu erhärten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Durchforschung der Grenze nach Schlafkrankheit erstreckte sich seitens des Stationsarztes von Ebolowa auf die zwischen Alade-Mokai (zwei Tagemärsche südlich von Akoafim, Straße Akoafim, französisch Minkebe) und Makon (drei Tagemärsche westlich von Alade-Mokai) gelegenen Dörfer. Die Wege mußten zum Teil wie neu gebahnt werden. Hierbei wurden 8 Schlafkranke gefunden, die aber sämtlich als Ansteckungsort für ihre Krankheit Dörfer im französischen Grenzgebiet angaben, die teilweise aber nicht allzuweit entfernt sind vom Grenzfluß Aina, von wo dem Posten Akoafim auch einige Fälle von Schlafkrankheit zur Kenntnis gekommen sind. Nach eingezogenen Erkundigungen kommen schon seit 1—2 Jahren vereinzelte, mit dieser unseren Eingeborenen völlig neuen Krankheit behaftete Gummiträger aus dem französischen Gabungebiete zurück. Damit ist jedenfalls der Beweis erbracht, daß die Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) auch von der mittleren Südgrenze her gegen unser Schutzgebiet anrückt, zumal sich die Glossina palpalis auf diesem Wege überall vorfindet.

An den Küstenplätzen, wobei auf die Möglichkeit der Einschleppung aus dem verseuchten Fernando-Poo aufmerksam gemacht wird, tritt die Seuche schon seit Jahren auf, aber stets nur in einzelnen Fällen. So ist im April in Soppo ein Soldat der 6. Kompagnie an Trypanosomiasis gestorben, derselbe stammte aus dem Dorfe Njaka, Stamm Namkin, Häuptling Mwomkini. Weitere Fälle werden aus Duala und aus Banjo, wo der einzige vorgekommene Fall tödlich verlaufen ist, gemeldet. Über den Ort und die Zeit der Infektion konnte nichts genaues ermittelt werden. Zwei der Trypanosomenträger hatten sich im Inlande infiziert, der dritte war sicher nie aus dem Kribibezirk herausgekommen. Er war zuerst unter dem Verdacht einer Geistesstörung dem Hospital zugeführt, bis der positive Trypanosomenbefund im Verein mit den charakteristischen Erscheinungen keinen Zweifel an der Diagnose mehr zuließ, damit ist der Beweis erbracht, daß wir in Südkamerun bis herab zur Küste mit Schlafkrankheit zu rechnen haben. Weiter berichtet der Resident von Adamaua: »Ein Fall von Schlafkrankheit ist noch zu erwähnen. Ein Träger des Leutnants von Briesen infizierte sich am Lom, die Untersuchung wies zweifellos die Symptome von Schlafkrankheit auf, nach wenigen Tagen starb er. Die Perspektive dieses Einzelfalles am Hauptwasserlauf der Kolonie brauche ich nicht erst zu beleuchten.

Mit großer Wahrscheinlichkeit kommt die Krankheit wohl auch in größerer Ausdehnung am Kadai vor, wo ein einzelner Fall bisher festgestellt ist, und am Dschah infolge der Schiffahrtsverbindung mit dem stark verseuchten Sanga. Bei dem Vorkommen der Seuche am Kam ist sie mit Wahrscheinlichkeit auch am Sanaga zu erwarten.

Erwähnenswert ist noch aus dem Bericht des Regierungsarztes von Duala:

Auf Anzeige eines Farbigen, daß in dem Ort Bonendale bei einer Familie Fälle von Schlafkrankheit vorgekommen seien, wurde am 30. August 1911 Regierungsarzt Dr. Löhlein dorthin geschickt. Der Arzt stieß auf Schwierigkeiten insofern, als gerade die angeblich Kranken bei seiner Ankunft in den Busch ent-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

liefen, jedoch glaubte er bestimmt, daß ein Schlafkranker sich nicht darunter befand. Ein 40jähriger Mann, der verdächtig erschien, wurde zur weiteren Beobachtung ins Regierungskrankenhaus Duala überführt. Es fand sich bei demselben hier jedoch keine Trypanosomeninfektion. Reichlich 95% der Bevölkerung mit Ausschluß der Säuglinge zeigte hier Lymphdrüsenschwellungen. Die Untersuchung von 20 scheinbar Verdächtigen ergab ein negatives Resultat. Jedenfalls kann es sich in Bonendale wenn überhaupt, nur um vereinzelte Fälle von Schlafkrankheiten handeln. Ein Schlafkrankheitsherd besteht dort nicht.

Was die Ausdehnung der bereits länger bekannten Herde am Njong und Dume betrifft, so hat Freyer am Njong bereits in Olama einzelne Tryponosomenträger gefunden, also am Weg zwischen Jaunde und der Küste. Wie weit die Ausdehnung zu beiden Seiten des Flusses geht, ist noch nicht bekannt. Nördlich wird die Krankheit wohl sicher den Sanaga erreichen.

Die nördliche Grenze des Seuchenherdes im Dumebezirk ist nach Feststellungen Stecheles ungefähr die Grenze zwischen Wald- und Grasland. In der Flußniederung des Long, der aus Makka in fast rein nördlicher Richtung zum Sanaga fließt, soll sich ein Herd ins Grasland hineinschieben. Auch am Kadai soll nach Mitteilung eines Kaufmannes Schlafkrankheit stark herrschen.

Zur Zeit sind drei Expeditionen mit der weiteren Durchforschung des Njong-, Dumegebietes und des Makkalandes südlich vom Njong beschäftigt, Stabsarzt Pistner arbeitet am Nkam, zwei weitere Expeditionen werden demnächst die Erkundung des Gebiets von Mbidambane durch Jaunde nach dem Sanaga zu und des Lomie- und Molundubezirks beginnen.

Über die Gebietsteile, die vom französischen Kongo neu zu Kamerun kommen, enthält der von Martin, Leboeuf und Rouband erstattete »Rapport de la mission d'études de la maladie du sommeil au Congo Français 1906—1908« sehr genaue und wichtige Feststellungen. Es wird den Kapiteln über den Sanga folgendes entnommen:

Das Sangatal ist vom Kongo bis zum Dorf Bania Urwaldgebiet mit viel Sumpf. Die große Feuchtigkeit und die andauernd hohe Temperatur bieten für die Glossina palpalis hier besonders günstige Bedingungen. Die Eingeborenen leben in großen Dörfern unmittelbar an den Ufern. Großwild ist in diesen Gebieten reichlich vorhanden: Antilopen, Büffel, Elefanten (1. Zone).

Die 2. Zone erstreckt sich von Bania bis Carnot. In ihr tritt der Wald nur noch als Galeriewald auf. Das Großwild wird selten, besonders der Elefant. Pferde und Rinder halten es lange aus. Die Tsetsefliegen sind im Vergleich zur 1. Zone selten.

Die 3. Zone, nördlich von Carnot, gehört zu den Ausläufern des Sudan und besteht aus grasigen Hochebenen. Pferde und Großvieh gedeihen dort gut, Großwild ist sehr selten, der Elephant unbekannt. Stechfliegen sieht man wenig.

In der 1. Zone herrschte die Schlafkrankheit im Jahre 1904 endemisch, in allen Dörfern traf man zahlreiche Kranke. Es waren fast durchgängig ältere Kinder und Jünglinge, die ergriffen wurden. Die Eingeborenen geben an, das käme von dem frühzeitigen Geschlechtsverkehr. Später hat die Seuche hier abgenommen, nachdem die Eingeborenen anfingen, die Kranken sofort nach den ersten Anzeichen in die Wälder zu jagen, wo die Elenden umkamen. Man vernichtete so die Ansteckungsquellen für die Gesunden.

In den Jahren 1906—1908 waren in den Dörfern nur vereinzelte Fälle zu finden. Oberhalb von Messo trat die Seuche in den zuletzt genannten Jahren immer häufiger auf, trotzdem die Zahl der Glossinen nach Norden zu merklich abnimmt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In der 2. Zone war die Krankheit nach einem Bericht von Dr. Millons etwa um das Jahr 1894 bereits im Zurückgehen; es bestanden kleinere Herde, die schnell ausstarben. In Carnot selbst war etwa 1892 ein Herd der Seuche, der später verschwand.

In den folgenden Jahren trat die Krankheit in diesen Gebieten in den Hintergrund.

Vom Jahre 1905 an begann die Seuche wieder in dieser Zone zu wüten. Die Eingeborenen sagten, daß diese Ausbreitung der Seuche durch die Europäer veranlaßt wäre, die in diesen Bezirken einen ausgedehnten Gummihandel hervorgerufen haben. Dazu kommt, daß die Einrichtung der Verwaltung in diesen Gebieten wie überall in Afrika die Fehden der Negerstämme eingeschränkt und dadurch den Verkehr unter den einzelnen Stämmen gefördert hat. Die Krankheit herrschte überall an den Flußufern; Dörfer, die seitab auf Hügeln oder Hochflächen wohnen, sind wenig befallen oder frei. Wie sehr die Krankheit fortschritt, mögen folgende Beispiele zeigen:

Im Jahre 1907 zog das Dorf Beri am linken Ufer des Barere 3 km weit fort, da die Krankheit ihren Einzug gehalten hatte. Im Januar starben 13 Dorfbewohner, im März wurden wieder 9 weitere Leute ins Dickicht gejagt.

In Guachobo zwischen Carnot und Bania sind in 3 Jahren mehr als 200 Menschen gestorben.

Das früher wichtige Dorf Tajo zählte 1908 nur noch 7—8 Fälle; es war oft umgezogen und hatte die Seuchen nach Bo, Guachobo und andere Orte verschleppt. Das Dorf Bazi zog 1906 um, Bassame, das Anfang 1907 noch frei war, wurde während der Regenzeit 1907 befallen, siedelte 1908 um, dann zerstreuten sich seine Insassen bei neuen Ausbrüchen nach allen Seiten.

Von den Nebenflüssen des Sanga waren 1908 der Unterlauf des Ngoko (Dschah) bis Tibundi, der Nebenlauf des Kadai, der Unterlauf des Mambere befallen.

In Carnot waren auch die aus unserem Ngaundere eingewanderten Haussas stark ergriffen, und es wurde der Befürchtung Ausdruck gegeben, daß die Krankheit durch dieses Handelsvolk immer weiter verschleppt würde. Dabei betont der Bericht übrigens an einer anderen Stelle, daß die Haussas durch ihre weiten Gewänder vor den Fliegenstichen viel geschützter wären als die Sklaven, die sie auf ihren Zügen mit sich schleppen, und erstere daher auch weniger leicht erkranken als letztere.

Als auffallend wird es bezeichnet, daß die Krankheit diesen epidemischen Verlauf in einer Gegend nimmt, die viel Hämatopoten (Bremsfliegen), Moskitos in mäßiger Menge und nur ganz ausnahmsweise Tsetsefliegen enthält.

In der 3. Zone waren 1908 noch keine epidemischen Herde.

Seitdem ist ein weiterer Bericht von Dr. Aubert, dem Direktor des Instituts Pasteur zu Brazaville, erschienen. Nach der Besprechung dieses Berichts im Sleeping Sickness Bulletin vom Februar 1912 hat Aubert festgestellt, daß in der neuen Zeit Carnot der wichtigste Herd der Krankheit am Sanga ist.

In Wesso wurden z. B. unter 212 untersuchten Eingeborenen nur 4 infizierte gefunden, und diese waren Eingeborene aus Loango, die erst kürzlich angekommen waren. In Nola waren 6,5 % ergriffen, in Bania 4,2 % und in Carnot, wo 756 Leute untersucht wurden, war der Prozentsatz 19,9.

Die von der Krankheit durchzogenen Gebiete wiesen einige Jahre später nur vereinzelte Fälle auf, können aber, wie Carnot, im Zeitraum von Jahrzehnten mehrmals von der Seuche ergriffen werden.

Dr. Aubert betont übrigens ebenfalls, daß die Menge der Schlafkrankheitsfliegen und die Häufigkeit der Schlafkrankheitsfälle durchaus nicht gleichen Schritt halten. Er glaubt, die Anwesenheit von Vieh in Beziehung zu den Seuchenausbrüchen bringen zu müssen und nimmt an, daß in Carnot noch mehrere stechende Insekten als Überträger anzuschuldigen sind.

Interessant ist es, daß Aubert bei 3601 Eingeborenen, die entfernt vom Ufer wohnen, nur 46 Infizierte fand, von denen 28 früher in Carnot oder sonstwo an einem Flusse gesessen hatten. Noch neueren Datums sind die Mitteilungen Dr. Haubolds im Jahresbericht von Molundu:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Wie in der Nolagegend diese Seuche wütet, erfuhr ich in Wesso. Demnach sind etwa 70% aller dortigen Eingeborenen schlafkrank. Von den Europäern erkrankten mit der Zeit alle daran, d. h. 100%.

Erst kürzlich sind wieder 7 Europäer, darunter der französische Militärarzt in Nola, von dort schlafkrank nach Hause gegangen.

Aus alldem geht hervor, daß die Schlafkrankheit sich im ganzen Kongogebiet flußaufwärts weiterverbreitet. Es wird gar nicht lange dauern, wenn es nicht bereits geschehen ist, daß die Krankheit unsere alten Grenzen im Süden und Osten überschreitet. Weiter ist eine Verbreitung der Seuche am Njong abwärts und bis zur Küste nicht mit Sicherheit auszuschließen. Durch das massenhafte Vorkommen der Glossina ist für die Verbreitung die Hauptbedingung vorhanden.

Wie gesagt, unsere Kenntnisse über Trypanosomiasis und Schlafkrankheit befinden sich noch im Anfangsstadium. Die Verhältnisse am Njong sind bis jetzt am genauesten bekannt.

Von Abong — Mbang Njong — abwärts bis zur augenblicklichen Grenze des regen Kanuverkehrs bei Olama sind Trypanosomenträger und Schlafkranke gefunden. Diese kommen im allgemeinen mehr oder weniger vereinzelt im ganzen Akonolingabezirk vor. In herdartiger Ausbreitung scheint die Schlafkrankheit besonders nach neueren Forschungen an dem von rechts einmündenden Nebenflusse des Njong, dem Ajong, vorhanden zu sein. In Betracht kommt hier der östliche Teil des Jebekolle-, der westliche Teil des Makkagebiets und das Land der Omwanges. Die Bevölkerungszahl für das Jebekollegebiet auf Grund einer amtlichen Zählung beträgt 10 102 Seelen. Wenn man hierbei die Zahl der in Akonolinga behandelten Jebekolles (84) berücksichtigt, würde dies bereits einen Prozentsatz von 0,8 ergeben. Bekanntlich kommt aber freiwillig nur immer ein sehr kleiner Teil zur Behandlung, so daß man auch daraus schon auf eine große Verbreitung der Erkrankung im Jebekollegebiet schließen darf. Ebenso ist das Gebiet der Südmakkas und Ssös, insbesondere das Flußgebiet des Longmaptog (linker Nebenfluß des Njong) als verseucht anzusehen. Aus dieser Gegend sind in Akonolinga bisher etwa 200 Leute behandelt worden.

Bei einer Expedition im Februar 1912 in der Richtung Bavolle — Ebolobingon — Magalle Tede hat Schachtmeyer sowohl Schlafkranke gefunden als auch durch Befragen der Ortsansässigen festgestellt, daß die Krankheit besonders früher (angeblich vor 3—5 Jahren) ganz erhebliche Opfer gefordert habe. Bei dieser Gelegenheit fiel auch auf, daß die Eingeborenen die Schlafkranken der ärztlichen Untersuchung und Behandlung vorzuenthalten bestrebt sind. Durch Befragen von Schlafkranken, die sich in Akonolinga längere Zeit in Behandlung befinden und infolgedessen zutraulicher geworden sind, hat Schachtmeyer folgendes erfahren:

1. Ssooleute erzählen: Vor etwa 25 Jahren seien in ihrer Gegend viele Todesfälle vorgekommen, denen immer die gleichen Krankheitserscheinungen (Schlafsucht und später auffällige Schwäche in den Beinen und dadurch verursachtes Taumeln beim Gehen) voraus-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gegangen seien. Man habe sich das nicht erklären können und angenommen, den Erkrankten sei eine Zaubermedizin in das Essen geschüttet worden. Die Glossina palpalis sei ihnen als »Elulu« bekannt. Sie komme dort viel vor und sie selbst wüßten sich genau zu entsinnen, daß sie von diesen Fliegen viel belästigt worden seien. Eigentliche Kanufahrten hätten sie im allgemeinen nicht ausgeführt, doch hätten sie sich viel mit Fischfang beschäftigt. Dabei hätten sie sich vornehmlich in Ausbuchtungen am Ufer aufgehalten. Gerade dort seien sie von solchen Fliegen sehr oft gestochen worden. Als besondere Infektionsorte geben sie die Ufer des Njong, mehr noch den Longmapfog und besonders auch dessen linken Nebenfluß Lala (auf der Karte Lale) an. Zur Zeit kämen dort auch noch gleichartige Erkrankungen vor, wenn auch nicht mehr in so großer Zahl als früher.

2. Nach Aussagen der Jebekolles seien in ihrem Gebiet viel Todesfälle mit den Erscheinungen der Schlafkrankheit; sie heben vornehmlich Schlafsucht und Ataxie hervor, was besonders vor 4 Jahren vorgekommen sei. Damals sei ihnen die Erkrankungsursache nicht erklärlich gewesen, eine Medizin dagegen hätten sie angeblich nicht gehabt. Da sie eine Übertragung von Mensch zu Mensch fürchteten, hätten sie jeden Erkrankten weit in den Busch gebracht, wo die betreffenden dann, ihrem Schicksal überlassen, gestorben wären. Sie hätten sich damals aus der Gegend geflüchtet, wo die vielen Todesfälle aufgetreten waren. Glossina palpalis ist ihnen wohlbekannt, sie seien von ihr häufig beim Fischfang am Njong gestochen worden. Zur Zeit komme noch sehr viel Schlafkrankheit in der Gegend des Ajong vor. Die Kranken seien größtenteils nicht nach Akonolinga gekommen, da ihnen dies zu weit wäre.

3. Im Gebiete der Jolindaleute, die von der in dortiger Gegend besonders am Bache Nsedne häufigen »Epham« (Glossina palpalis) gestochen wären, seien viele Todesfälle aufgetreten. Auch nach den Angaben der Makkaleute, vornehmlich der Bekelles, seien Todesfälle in häufiger Zahl dort besonders vor 3 Jahren aufgefallen. Die Ursache dafür sei ihnen damals unbekannt gewesen. Aus Furcht, selbst zu erkranken, hätten die Gesunden alle solche Leute, die an Schlafsucht litten, in den Busch getragen und sie dort zurückgelassen. Von Glossinen seien sie sehr viel beim Fischfang am Longmapfog gestochen worden. In ihrer Gegend seien noch viel Schlafkranke, denen jedoch der Weg nach Akonolinga zu weit sei. Daß solche Gründe für die Eingeborenen bestimmend zu wirken scheinen, geht auch daraus hervor, daß von den zur Zeit der Berichterstattung behandelten Leuten (86) 30 aus dem Akonolingabezirk selbst (also aus der näheren Umgebung des Postens) stammen.

Über die Verhältnisse im Dumebezirk berichtet Oberarzt Stechele.

a. Historisches.

Mit großer Wahrscheinlichkeit kann über die Verseuchung des Dumebezirks mit Schlafkrankheit heute folgendes behauptet werden:

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Vor etwa 15 Jahren ist die Krankheit durch die vom Wumo und Dscha nordwestlich vordringenden Njems in die Gegend des oberen Njong eingeschleppt worden. Gusmut und Paki — unmittelbar südlich der Dumestation — sind in dieser Zeit die am weitesten nordwestlich vorgeschobenen Njemdörfer gewesen. Vom Dorf aus sind damals die Pol in ihren jetzigen Wohnsitz am oberen Dume und die Mensime südlich von Dume ostwärts gezogen bis zum mittleren Dume bei Ngola.

Von den Mensime und Pol sind die Bakum infiziert, wie ihre Bezeichnung »kon manin Mensime« Krankheit lehrt, im Verlauf von Süden nach Norden.

Der andere Seuchenzug ist den Njong abwärts gegangen, hat etwa vor 6 Jahren die Gegend von Atok erreicht und ist von dort nordwärts gezogen, dem Lauf des Ajong folgend.

Die Bezeichnung bei den Njong-Makkas Mässege stammt aus dem Dorfe Bindi bei Obernjong, an der Berührungsstelle der Makka und Njem und soll der Njemsprache entlehnt sein.

Ein dritter Zug ist dem Dume aufwärts gefolgt und hat vor etwa 5 Jahren das Gebiet seiner Quellflüsse und des nordwärts zum Sanaga ziehenden Long erreicht. Eine andere Wanderung der Njem hat vor etwa 10 Jahren den Dume bei seiner Mündung erreicht, ob damals auch dorthin Schlafkrankheit geschleppt worden ist, läßt sich nicht ermitteln. Eine langjährige Kenntnis der Krankheit in diesen Gegenden erscheint mir aber wahrscheinlich. Überall soll auf ein stürmisches epidemisches Anfangsstadium nach etwa 3—5 Jahren relative Ruhe eingetreten sein, so wenigstens bei den Mensime — Pol — Bakum. Das Makkagebiet steht zur Zeit noch im akuten Stadium.

b. Epidemiologisches.

Soweit es noch nicht oben gesagt ist, verhält sich meines Erachtens die Schlafkrankheit wie jede epidemische Krankheit. Sie setzt stürmisch ein und verliert mit der Zeit an Intensität, einmal dadurch, daß die leichter empfänglichen Individuen ausgestorben sind, andermal dadurch, daß die Eingeborenen zu einer rigorosen Selbsthilfe durch Ausstoßung der Erkrankten greifen. Eine Beobachtung Eingeborener: »in einem Dorf des altverseuchten Gebietes bekamen nur noch Kinder die Krankheit«, kann in diesem Sinne aufgefaßt werden. Natürlich erlischt die Seuche nur relativ; wenn die Bevölkerung wieder sorglos geworden ist und eine neue, wieder empfängliche Generation heranwächst, geht es wieder von vorn los.

Daß die Krankheit, die in diesen Gegenden seit 10—15 Jahren ungeheure Verheerungen anrichtet, fast unbekannt geblieben ist, von Ärzten nur in Einzelfällen gefunden, von Verwaltungsbeamten trotz häufiger Reisen, langen Aufenthalts in den Seuchenherden, intensiver Berührung mit den Eingeborenen kaum gesehen und sicher nie in ihrem Umfang und ihrer Bedeutung erkannt ist, muß den Fernstehenden merkwürdig berühren, erklärt sich aber aus den Eigentümlichkeiten der Krankheit und der Bevölkerung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Man darf von einem intensiv mit Schlafkrankheit verseuchten Platz sich nicht die Vorstellung machen, wie etwa von einer Pest, Cholera oder Pockenepidemie usw., unbeerdigte Leichen zu Haufen, Gruppen abgemagerter Schlafender. Von alledem sieht man nichts. Dazu kommt, daß an Haus- und Dorfbau in Südostkamerun sowieso schon die allergeringsten Anforderungen gestellt werden. Bei öfteren Besuchen fällt einem wohl auf, daß immer mehr Hütten verfallen sind. Auch die Zählung in der Art, wie sie bisher geübt ist, läßt ziemlich im Stich. Einmal hat die erste Zählung stattgefunden, als die Seuche auf ihrem Höhepunkt stand, zweitens sind natürlich nur ein Bruchteil der Bevölkerung erschienen. Die damals gezählten Zahlen wissen die Häuptlinge und bringen eine annähernde Zahl immer wieder auf die Beine. Hier ist nur mit namentlichen Listen Sicherheit zu erlangen.

Wenn also die Schlafkrankheit anscheinend nicht den furchtbaren Charakter bazillärer Epidemien hat, so beruht dies nur in ihrem langsamen Verlaufe, der das Bild ratlosen Schreckens und Verwirrung nicht aufkommen läßt. Was sie bisher an Menschenleben gefordert hat, ist nicht anzugeben.

Für eine Gruppe von Makkadörfern, 4 Stunden westlich der Dumestation, die jetzt seit 1 Jahr der Schlafkrankheitsbekämpfung zugänglich sind, mögen einige Zahlen ein annäherndes Bild geben. Die Dörfer Ndoab, Ngila und Waman liegen unmittelbar aneinander an einem Quellfluß des Dume; 1909 wurden von Schipper gezählt 283 Männer, 271 Weiber und 341 Kinder. Im letzten Jahr wurden Schlafkranke behandelt: 68 Männer, 31 Weiber und 29 Kinder. Also 24% der Männer wären mindestens die Befallenen eines Jahres, dabei ist anzunehmen, daß mit diesen 68 nicht die volle Krankenzahl der Behandlung zugegangen ist, wie auch die niedrigen Zahlen bei Frauen und Kindern kaum in der geringen Morbidität als in der größeren Scheu zu suchen sind. Wenn nun $2^1/_2$—3 Jahre später der Bevölkerungsstand mit 162 Männern, 159 Weibern, 176 Kindern ermittelt ist, so entspricht das fast einem Rückgang um $2 \times 24\%$.

Diese Zahlen sollen nur Annäherungswerte sein, zumal ja der Ausgangspunkt — die erste Zählung — nur bedingten Wert hat.

Eine genaue Schätzung der Zahl der Erkrankten ist heute wohl noch nicht möglich, da die durchseuchten Gebiete noch lange nicht ausreichend genug untersucht und durchforscht werden konnten.

Doch lassen sich aus der Zahl der in den Lagern in Akonolinga und Dume Behandelten einigermaßen gültige Schlüsse ziehen. Darüber siehe unter Behandlung.

Glossinen.

Was das Vorkommen und die Lebensgewohnheiten der Glossinen betrifft, so wird aus den einzelnen betroffenen Gebieten berichtet:

Im Molundubezirk gibt es Glossinen wie am Dschah, auch massenhaft am Bumba. Auf der Route von Molundu nach Kamelun (Plum) hat Haubold keine Glossinen gesehen, mit Ausnahme am Übergang

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

über den Lokomo bei Kamelun. An den Flußübergängen über Lupundji und Lone hat er auffallenderweise keine bemerkt, während nach Mitteilungen des Oberleutnants von der Marwitz sie sich am Oberlauf dieser Flüsse massenhaft zeigen sollen.

Im Bafiabezirk am Mbam ist Glossina palpalis ebenfalls festgestellt, desgleichen im Kribibezirk an verschiedenen Wasserläufen zwischen Kribi und Kampo (Roesener).

Auch von mehreren anderen Bezirken wird über das Vorkommen von Glossinen berichtet; leider fehlen hierbei die Angaben über die Art der dort vorkommenden Fliegen. Man kann aber behaupten, daß im Urwaldgebiet Südkameruns an allen Wasserläufen Glossina palpalis vorkommt, weniger häufig ist Glossina fusca, die wiederum nicht so sehr an das Wasser gebunden ist und in der Trockenzeit weniger häufig gesichtet wird als in der Regenzeit. In der Übergangszone vom Busch zum Grasland kommt die Palpalis und Fusca vor, wahrscheinlich auch Morsitans. Über die in Adamaua vorkommenden Tsetsen liegen keine genauen Angaben vor, wahrscheinlich handelt es sich im südlichen Teil um Glossina morsitans, und nördlich um Glossina tachinoides, wenigstens scheint dies nach den von der Sleeping-Sickneß-Kommission herausgegebenen Karten aus den Feststellungen in den auf gleicher Breite gelegenen Landstrichen im französischen Kongo geschlossen werden zu können.

In Dume wird Glossina palpalis wohl an jedem Wasserlauf gefunden. Die von Stechele als Glossina palpalis angesprochene Fliege weicht in einigen Punkten von der Beschreibung bei Grünberg ab.

Größe 9—10 mm statt 8—9,
Fühlerhaare meist 22 (18—24) statt in der Regel 18,
Beine ziemlich dunkel mit stark gefleckten Schenkeln statt ganz hellbraun.

In allen übrigen Punkten stimmt sie überein. Eine der Beschreibung Grünbergs vollkommen entsprechende Glossine hat Stechele in Dume noch nicht beobachtet. Hierbei wird erwähnt, daß er Glossina morsitans noch nicht gefunden habe. Neben Glossina palpalis ist Glossina fusca am weitesten verbreitet, sie ist wenigstens in der Regenzeit weder ans Wasser gebunden, noch ist man zur Nachtzeit vor ihr sicher. Auf dem Wege nach Abong-Mbang, der stundenlang kein Wasser berührt, wurde sein Pferd bis 9 Uhr abends von Tsetsen umschwärmt. Bei seiner letzten Reise, auf der Höhe der Trockenzeit, hat er Glossina fusca an der Stelle, wo er sie vorher massenhaft gefunden hatte, nie gesehen. Ein einziges Mal im dichtesten Urwald am Wasser konnte er sie im März (Trockenzeit) finden.

Die Glossina palpalis findet sich auch in großer Ausbreitung in Gegenden vor, wo Schlafkrankheit bisher noch nicht beobachtet wurde, z. B. trifft man sie oft an Flußübergängen und sumpfigen Stellen auf der Straße Edea-Akonolinga an. Am Njong hat sie Schachtmeyer ganz besonders beobachtet an den von den Eingeborenen zum Fischfang benutzten, seichten teichartigen Ausbuchtungen am Ufer. Hier saßen diese Fliegen oft in Scharen an den Halmen des Schilfes bzw.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

schilfartigen Grases, von dem die erwähnten Buchten meist eingefaßt sind. Der Rand dieser Teiche ist größtenteils modrig und sumpfig, stellenweise findet man aber auch feinen gelben Schlamm (Sand). Die Puppen finden sich unter anderem auch in den Blattansätzen von Ölpalmen, wie ich dies vor kurzem nahe bei Akonolinga festgestellt habe. Ob die am Rande des sumpfigen bis zu mehreren Kilometer breiten Überschwemmungsgebietes des Njong stellenweis häufig vertretenen Raphiapalmen ebenfalls als Entwicklungsstätte für Glossinen in Betracht kommen, soll demnächst noch untersucht werden.

Weiter berichtet Stabsarzt Naegele:

Glossina palpalis erscheint am oberen Njong in drei Spezies, die eine Unterart ist die Glossina palpalis Robinia-Dosvoidy, die zweite entspricht der Caliginia, die dritte, schwarzbeinig, der von Stechele im letzten Jahresbericht beschriebenen. Im Mai und Juni wurde die Glossina palpalis etwas häufiger beobachtet als im Juli. Besonders im Juli fiel auf, daß viel mehr Männchen als Weibchen gefunden wurden; ich nehme an, daß zu dieser Zeit die Weibchen kurz vor der Eiablage gestanden und sich deshalb ruhiger verhalten haben als die Männchen. Bei trübem und gleichzeitig schwülem Wetter war diese Spezies fast nie zu sehen, selten auch an kalten Morgen, oft klärt sich das Wetter gegen Abend auf; hielt man sich um diese Zeit im Sumpfgebiet oder in dessen Nähe auf, so erschienen in der Regel nach kürzerer Zeit die Glossinen. Bei Sonnenschein ziehen sie im allgemeinen mäßig beschattete Stellen vor, indes flogen und stachen sie keineswegs selten in der grellsten Sonne. Nie zeigten sie sich an Urwaldstellen, die besonders dicht bewachsen sind, auffallend stechlustig waren sie oft vor und besonders nach Gewittern, wenn die Sonne eben das Gewölk durchbrochen hatte. An kälteren Tagen flog und stach sie hauptsächlich um die Mittagszeit, an warmen Tagen dagegen häufiger am Vor- und Nachmittag, gar nicht selten aber auch schon zwischen 6 und 7 Uhr morgens und zuweilen noch zwischen 7 und 8 Uhr abends. Sie findet sicherlich nicht nur an der Grenze von Sumpf- und Festland günstige Bedingungen für ihre Fortpflanzung, sondern auch in den konzentrischen Partien der Sumpfgegend. Die Überreste der abgefallenen Raphiablattstiele, die bei jedem älteren Exemplar den unteren Teil des Stammes dicht umgeben, bilden zweifellos passende Ablagerungsstätten für die Glossinenlarven. Landeinwärts dringen sie nur wenig vor, sie entfernen sich nach meinen Beobachtungen bei steilen Ufern nur einige Meter vom Sumpfrand, bei sanftansteigendem Ufer begeben sie sich etwas weiter landeinwärts. Ausnahmsweise habe ich sie in mehr als 50 m Abstand vom Sumpfrand gesehen. Dies war nur dann der Fall, wenn sie durch Leute, die gerade vom Wasser kamen, verschleppt wurden. Von einer Vorliebe der Glossina für dunkle Farben habe ich soviel wie nichts bemerken können. Sie stechen die Eingeborenen wohl bloß wegen ihrer mangelhaften Bekleidung öfter als den Weißen. Fusca, die ich bis Anfang Juni überhaupt nicht zu Gesicht bekam, wurde von Mitte Juni ab sehr häufig beobachtet. Auch sie kommt hauptsächlich am Sumpfrand vor, zieht jedoch wesentlich weiter landeinwärts als die Palpalis. Sie fliegt auch bei trübem und schwülem, jedoch nicht so häufig wie bei klarem Wetter. Gegen niedrige Temperatur scheint sie weniger empfindlich zu sein als Palpalis. Abends fliegt sie im allgemeinen länger als letztere. Sie sticht gar nicht selten noch zwischen 6 und 9 Uhr. Ganz im Gegensatz zur Palpalis bin ich von einer Fusca auch dort, wo sie in größerer Zahl auftrat, nie gestochen worden; sie scheint mir eine besondere Vorliebe für die schwarze Haut zu haben. Aufgefallen ist bei vielen Exemplaren von Fusca eine oft sehr starke Gasauftreibung des Abdomens, die bei der Palpalis nie zu sehen war. Sie wird wohl durch gasbildende Bakterien verursacht, die die Fliege mit ihrer Nahrung aufnimmt. Ab und zu wurde eine Fusca über dem Wasser gesehen, jedoch fast immer nur in unmittelbarer Nähe des Festlandes. In den Partien der Sumpfrinnen kam sie mir zur Beobachtung.

Am Nkam liegen die Verhältnisse folgendermaßen (Pistner):

Das Hauptkontingent der gefangenen Tsetsen stellte die Glossina palpalis. Von anderen Arten wurden nur noch zwei gesammelt, von denen die eine der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Morsitans-, die andere der Fuscagruppe anzugehören scheint. Es gelang Pistner nicht, mit Hilfe des Austenschen Schlüssels zur Unterscheidung der einzelnen Tsetsearten und an der Hand der betreffenden Abschnitte im Grünbergschen Werke die gefundenen Glossinen bei einer oder der anderen Spezies unterzubringen. Besonders auffallend war bei der einen Art die eigentümliche meerzwiebelförmige, nasale Anschwellung des Stechrüssels, auf die bei den bekannten Arten noch niemals hingewiesen wurde.

Im Gegensatz zur Palpalis finden sich diese Fliegen, wie es ja den Lebensgewohnheiten der nicht der Palpalisgruppe angehörenden Glossinen entspricht, niemals auf dicht beschattetem dumpfen und feuchten Gelände, sondern auf sonnigen, offenen Grasflächen mit nur wenig Baumbestand.

Während die Schwärmzeit dieser Tsetsen nur in die frühen Morgen- und späten Nachmittagsstunden fiel, war es kaum möglich, einer Palpalis zu diesen Tageszeiten habhaft zu werden; ganz im Widerspruch mit den in anderen Gegenden gemachten Erfahrungen war eigentümlicherweise bei Palpalis der umgekehrte Turnus zu beobachten. Es steht sicherlich diese Erscheinung mit der Jahreszeit in Zusammenhang, indem in den ersten Stunden nach Tagesanbruch die kühle Temperatur und der Nebel, der meistens schon in den Nachmittagsstunden wieder einsetzt, die Fliege in ihre Verstecke zwingt. Sie findet nur in der Zwischenzeit die zum Schwärmen und zur Stechlust notwendigen Faktoren.

Von den gesammelten Stechfliegen waren durchschnittlich ebensoviel Männchen wie Weibchen.

Die Mitteilungen in den einzelnen Berichten über Symptomatologie sind spärlich.

Akonolinga berichtet: Die Bekämpfung der Schlafkrankheit hat bisher hauptsächlich in der Behandlung der meist freiwillig zu den Lagern kommenden Kranken bestanden, die zu diesem Zweck Unterkunft und Verpflegung erhielten. Die Mehrzahl der in Behandlung genommenen befanden sich in einem sehr vorgeschrittenen Stadium, das hauptsächlich durch starke Ataxie, Schlafsucht, mitunter durch Ödeme der Füße und des Gesichts, häufig aber durch höchste Abmagerung gekennzeichnet war. Aus diesem Grunde mußte eine reichliche und kräftige Ernährung als ein Hauptfaktor der Behandlung betrachtet werden. Leider stieß die Beschaffung solcher Beköstigung aus mehrererlei Gründen auf bedeutende Schwierigkeiten. Hand in Hand mit dem Bestreben, den Kräftezustand der Kranken zu heben, ging die medikamentöse Behandlung, sobald die auf klinischen Befund begründete Diagnose auch noch durch Nachweis von Trypanosomen im Blut oder durch Punktion der Halslymphdrüsen bestätigt wurden. Der mikroskopische Nachweis erforderte oft ebensoviel Zeit wie Geduld und Arbeitskraft seitens des damit betrauten Personals. Oft waren wochenlang fortgesetzte tägliche Untersuchungen nötig, um den gewünschten Erfolg zu haben.

Stechele schreibt:

Bei dem Versuche, das Material klinisch zu klassifizieren, wirkten natürlich gleichzeitig bestehende andere Schädigungen störend, besonders der Parasitismus von Eingeweidewürmern, vielleicht auch Filarien, auch Sandflöhe können die Beurteilung der Gehstörungen beeinträchtigen. Der Nachweis von Trypanosomen macht große Schwierigkeiten und ist nur in 50% der Fälle gelungen. Es scheint darin also ein Unterschied gegen die Befunde von Ostafrika zu bestehen, der vielleicht als Ausdruck einer erworbenen relativen Rassenimmunität anzusehen ist und den Seuchenherd unter den Maka als einen alten klassifiziert. Selbst in den großen Drüsen des Anfangsstadiums findet man häufig erst nach langem Suchen ein Exemplar, Untersuchung des Blutes in dicken Tropfen ist meist erfolglos.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dr. Haubold meint zur Frage des Trypanosomenbefundes:

Bei der Methode der Untersuchung möchte ich im Gegensatz zu anderer Meinung betonen, daß ich, wenn ich Trypanosomen fand, sie immer im Drüsensaft entdeckte und niemals in dem stets angefertigten dicken Bluttropfenkontrollpräparaten. Dazu bemerkt der Berichterstatter: In Akonolinga wurde während der Zeit meiner dortigen Tätigkeit bei Neuaufnahmen zunächst versucht, die Diagnose aus dem Punktionsprodukte der Halsdrüsen zu stellen. Gelang der Versuch nicht, wurde er ein-, höchstens zweimal wiederholt, im übrigen wurde bei allen Aufnahmen die Blutuntersuchung in dicken Tropfen vorgenommen. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, daß es bei dem auch von Stechele beobachteten äußerst spärlichen Vorkommen von Parasiten manchmal bis zu 18 Untersuchungen bedurfte, bis ein Trypanosoma gefunden wurde. Äußerst selten wurden in einem Präparat 3 und mehr Trypanosomen gesichtet, oder, wie Dr. Haubold von einem Fall berichtet, 2—5 in einem Gesichtsfeld. Meist gelang die Diagnose schon nach 3—5 Untersuchungen. Es war sehr selten, daß es einmal beim Bestehen von klinischen Symptomen nicht gelang, die Diagnose durch den Trypanosomenbefund zu erhalten. Es wird aber betont, daß es sich bei allen Untersuchungen um Leute handelte, die sich mit der fertigen Diagnose »Mesegge« (Schlafkrankheit bei den Stämmen an Njong) freiwillig im Lager zur Behandlung meldeten.

Man sieht, die Aufzeichnungen über den klinischen Verlauf der Trypanosomiasis sind nicht ganz übereinstimmend. Auch über die pathologische Anatomie liegen nur spärliche Mittelungen vor. Freyer berichtet:

Bei allen zur Sektion gekommenen Fällen waren die Duralgefäße stark gefüllt, die Pia mater trübe, meistens in Blasen abgehoben, die Gefäße stark gefüllt, geschlängelt und vermehrt, hauptsächlich auf den Hinterhauptslappen, vielfach gingen diese Veränderungen bis zur Gehirnbasis herunter. Die Ventrikel waren erweitert und mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Herz und Bauchdrüsen pathologisch verändert.

Wo geschieht nun die Infektion? Nach den Beobachtungen in Akonolinga scheint die Infektion im allgemeinen im Fluß- und Sumpfgebiet zu erfolgen. Während der eigentlichen Kanufahrt ist die Gefahr der Infektion nicht sehr groß. Der Stationsleiter Liebert in Akonolinga macht in einem Bericht auf die Tatsache aufmerksam, daß von den seit Jahren von der Station beschäftigten Ruderern und Flußarbeitern bis jetzt notorisch noch keiner an Trypanosomiasis erkrankt ist. Viel öfter scheinen die Leute, wie sie dies auch häufig angeben, beim Fischfang von Glossinen gestochen zu werden. Dabei verwenden sie natürlich vorhandene oder künstlich eingerichtete teichartige seichte Buchten an den Flußufern, die ringsum von Schilf umgeben sind und in der Trockenzeit durch Bambusgehege und Reusen vom Flußlauf abgesperrt werden. Gerade an diesen Stellen kommt, wie Schachtmeyer oft feststellen konnte, Glossina palpalis in besonders großer Anzahl vor. In der Trockenzeit liegt nun alles, groß und klein, mit Ausnahme der Ältesten und Allerjüngsten, während des ganzen Tages an und in diesen Buchten und fängt Fische. Öfters sieht man da auch provisorische Buschhütten, in denen die Leute während der Fischsaison (beim ablaufenden Wasser) wohnen. Vielfach treiben sie sich auch in den Seitenbächen und Altwassern herum, die mitten im Busch gelegen, von den Glossinen ganz besonders bevorzugt sind, und werden da infiziert.

Die Bekämpfung der Trypanosomiasis und der Schlafkrankheit bestand bisher hauptsächlich in der Behandlung der sich in den Lagern Akonolinga und Dume freiwillig meldenden Kranken.

Über die seit Errichtung des Lagers in Akonolinga Behandelten geben folgende drei Tabellen Aufschluß.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

über die im Schlafkrankenlager Akonolinga vom 1. Juli 1910 bis 31. März 1912 behandelten Schlafkranken.

Jahr	Monat	Zugang					Abgang					Von den Gesamtbehandelten erblindet	Bestand bleiben	Behandlungstage
		Neuzugänge	Aus der Behandlung entlaufen und wiedergekommen		Als vorläufig geheilt entlassen und wiedergekommen		Als vorläufig geheilt	Gestorben	Entlaufen					
			einmal	zweimal	Davon mit Tryp.	ohne Tryp.			einmal	zweimal	dreimal			
1910	Juli	12	.	.	.	.	8	1	3	.	.	.	.	1 693
	August	21	.	.	.	.	12	5	4	.	.	1	.	2 474
	September	113	.	.	.	.	37	31	45	.	.	2	.	11 487
	Oktober	136	.	.	.	.	26	43	67	.	.	.	.	10 710
	November	71	1	.	.	.	11	13	47	1	.	.	.	5 754
	Dezember	55	6	.	.	1	13	17	28	4	.	6	.	5 404
1911	Januar	47	3	.	.	2	11	11	30	.	.	4	.	6 7 2
	Februar	65	4	.	.	.	8	13	45	2	.	7	1	9 990
	März	52	13	1	.	4	5	11	42	11	1	3	.	6 894
	April	40	1	2	1	3	2	9	34	2	.	3	.	4 273
	Mai	32	4	.	1	2	1	4	30	3	.	7	1	3 450
	Juni	17	4	1	2	.	4	3	13	3	.	6	1	2 749
	Juli	8	.	.	2	2	.	1	13	.	.	1	1	1 300
	August	26	3	1	1	.	1	4	20	.	1	7	5	2 916
	September	17	2	.	.	.	.	2	13	2	.	1	2	1 670
	Oktober	14	2	.	.	1	.	3	6	.	.	.	8	1 756
	November	10	1	.	1	.	.	2	2	1	.	.	7	1 067
	Dezember	40	.	.	1	.	.	3	27	.	.	.	11	2 527
1912	Januar	9	1	1	.	4	.	1	2	.	.	.	12	883
	Februar	6	.	1	1	.	.	.	.	.	.	.	8	390
	März	17	15	1	.	1	.	1	.	4	.	.	29	574
	Summe	808	60	8	10	20	139	178	468	33	2	48	86	84 663

Aus der Behandlung im Schlafkrankenlager Akonolinga Entlaufene, nach Geschlecht und Volksstamm getrennt.

Stamm	Männer	Weiber	Kinder	Summe
Jebekolle	24	11	9	44
Jelinda	7	3	3	13
Jengone	5	4	1	10
Njem	.	1	1	2
Makka	168	134	62	364
Mbidembane	1	1	.	2
Onwang	9	4	4	17
Ssoo	23	18	9	50
Jembane	1	.	.	1
Summe	238	176	89	503

Zugänge und Wiederzugänge im Schlafkrankenlager Akonolinga, nach Volksstämmen und Geschlechtern getrennt.

Stamm	Männer		Weiber		Kinder		Summe	
	Zugänge	Wiederzugänge	Zugänge	Wiederzugänge	Zugänge	Wiederzugänge	Zugänge	Wiederzugänge
Akonolinga	1	.	.	.	.	.	1	.
Bule	1	.	1	.	.	.	2	.
Asum	1	.	.	.	.	.	1	.
Jebekolle	39	5	25	2	20	2	84	9
Jelinda	25	2	15	2	6	.	46	4
Jembame	1	.	5	.	.	.	6	.
Jengone	10	2	9	3	10	.	29	5
Maka	221	25	188	14	96	7	505	46
Mbidembane	2	.	1	.	.	.	3	.
Omwang	8	4	14	2	2	.	24	6
Njem	2	.	1	.	3	.	6	.
Ssoo	46	13	37	10	17	5	100	28
Woggenjenge	1	.	.	.	.	.	1	.
Summe	358	51	296	33	154	14	808	98

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Behandlung.

Zur Behandlung ist hier, abgesehen von einigen besonderen Versuchen, stets Atoxyl benutzt worden.

Die Versuche mit anderen Mitteln erstreckten sich erstens auf Arsenophenylglycin. Die Anwendung erfolgte im August 1910 bei sechs Kranken, und zwar in Form von subkutanen Einspritzungen von 20 ccm einer 5% Lösung, zu deren Herstellung nur filtriertes und abgekochtes Wasser zur Verfügung stand. Die Einspritzungen wurden am 10. und 11. Tage vorgenommen. Meist waren es Leute, bei denen vorher angewendete Atoxyleinspritzungen ohne Erfolg geblieben waren. Hierbei traten fünf Todesfälle ein. Ein Kranker entlief, über sein weiteres Schicksal ist nichts bekannt. Aus diesem Grunde, und auch weil über dieses Mittel ungünstige Nachrichten aus Ostafrika kamen, wurde von seiner weiteren Verwendung Abstand genommen.

Arsacetin wurde als Ersatz für fehlendes Atoxyl im Dezember 1910, Januar 1911 bei 67 Kranken in Dosen von 0,6 intramuskulär angewendet. Es wurden weder bessere noch auch sichtlich schlechtere Wirkungen als bei Atoxyl beobachtet.

Da Atoxyl sich hier gut bewährt hat, wurden die 906 Kranken im übrigen mit diesem Mittel behandelt. Subkutane Einspritzungen von 0,5 Atoxyl in 20% Lösungen wurden bei kräftigen und erwachsenen Leuten zunächst an jedem 10. und 11. Tage vorgenommen. Je nach Alter, Geschlecht und Kräftezustand erfolgen entsprechende Abstufungen in der Dosierung, so daß z. B. Kinder im Alter von 9—10 Jahren gewöhnlich 0,3 Atoxyl bei jeder Einspritzung zu bekommen pflegen. Im Laufe dieser Behandlung traten im ganzen 48 Erblindungen (von 906 Behandelten) ein. Sobald diese Leute anfingen über Sehstörungen zu klagen, wurde das Mittel ausgesetzt. Bei drei solcher Kranken wurde die Kur mit Einschmieren von grauer Salbe und innerlicher Darreichung von Jodkali fortgesetzt, während bei den anderen die Kur beendet wurde. Weder im einen noch im anderen Falle trat ein Rückgang der Beschwerden ein, vielmehr erblindeten diese Kranken alle vollständig. Diese Erfahrungen bildeten die Veranlassung, die Einspritzungen in größeren Zwischenräumen, nämlich jeden 14. und 15. Tag machen zu lassen. Aber auch bei dieser Behandlungsweise kamen zunächst noch bei den vorher zehn- und elftägig gespritzten Kranken Erblindungen vor. Bei allen von Anfang an nur jeden 14. und 15. Tag gespritzten Personen ist eine Schädigung des Sehvermögens nicht mehr festzustellen gewesen. Es scheint sich also vorher noch um Nachwirkungen gehandelt zu haben. Das auf diese Weise erprobte Verfahren ist seit September 1911 ohne schädliche Folgen geblieben.

Ferner ist noch ein Versuch mit Trypanocid II zu erwähnen. Das Präparat wurde innerlich in steigender Dosis gegeben, und zwar mit 2×2 Tabletten beginnend und täglich um je 2 Tabletten bis zu $8 \times 2 = 16$ Tabletten steigend und von da ab in gleicher Weise zurückgehend. Dabei wurde die Beobachtung gemacht, daß die Trypanosomen aus dem peripheren Blut erst am 7. Tage verschwanden, während sie nach einmaliger Doppelinjektion von Atoxyl auch bei fortgesetzten sorgfältigen Untersuchungen nicht mehr gefunden werden konnten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Uranin wurde insgesamt bei sechs Kranken verwandt, von denen drei bereits einer Atoxylbehandlung unterworfen waren. Zunächst wurden 20 Stunden nach der ersten Gabe keine Trypanosomen gefunden. In allen sechs Fällen gelang es jedoch, nach Aussetzen des Mittels (am 5. Tage) sie wieder nachzuweisen.

Die in drei Fällen gemachten Einspritzungen von Sublimat in die Gesäßmuskulatur haben keinen befriedigenden Erfolg gebracht. Dagegen schwanden bei einem schlafkranken Mädchen bereits nach einer Subkutaninjektion von 0,5 Salvarsan die Trypanosomen aus dem Blut. Da in diesem Falle etwa 3 Monate später wieder fortgesetzt über Müdigkeit geklagt wurde, erfolgte eine zweite gleichartige Einspritzung (28. September), wonach sich das Allgemeinbefinden merklich hob. Trypanosomen sind bei dem in der Folgezeit fortgesetzten Untersuchungen nicht mehr gefunden worden. Im November ist die Kranke nach ihrer Heimat entlaufen. Weiteres Schicksal unbekannt.

Die durch Gewährung landesüblicher kräftiger und reichlicher Nahrung unterstützte medikamentöse Behandlung setzte hier an dem Tage ein, an welchem Trypanosomen bei dem betreffenden Kranken nachgewiesen wurden. Die Untersuchungen erfolgten zu diesem Zweck täglich, der jedesmal beobachtete Erfolg des Atoxyls ist bisher mit ganz vereinzelten Ausnahmen stets der gewesen, daß die Trypanosomen bereits nach der ersten Doppelinjektion nicht mehr gefunden werden konnten. Auch bei wiederholten späteren Nachspritzungen waren sie nicht mehr nachzuweisen. Das Allgemeinbefinden der oft mit schwerer Ataxie, Ödemen des Gesichts und der Extremitäten, im Zustand stärkster Abmagerung, großer Schlafsucht, an Apathie in die Behandlung gekommenen Kranken pflegte sich im allgemeinen nach mehreren Doppelinjektionen allmählich, aber doch merklich zu bessern. Die Kranken wurden teilnehmender, der Gesichtsausdruck frischer. Ödeme und Gehstörungen nahmen langsam ab, während sich der Ernährungszustand allmählich besserte und die Drüsen sich verkleinerten. Kranke, die dagegen in besonders schwerem und vorgeschrittenem Zustand aufgenommen wurden, zeigten bisweilen diese Besserungserscheinungen nicht, sondern siechten allmählich dahin, falls ihre Todesursache nicht in den häufig und schwer auftretenden Lungenentzündungen zu suchen war. Nach Verschwinden der Trypanosomen sind stets mindestens drei Untersuchungen und außer gelegentlichen späteren Kontrolluntersuchungen jedesmal unmittelbar vor der Entlassung mehrere Untersuchungen vorgenommen, die sich stets auf mindestens zwei Präparate erstreckten.

Die Behandelten wurden immer unter Ausstellung eines Ausweises als vorläufig geheilt entlassen. Dies erfolgte anfänglich nach zehn und seit fast einem Jahr nach 15 Doppelinjektionen, falls bei Fehlen klinischer Krankheitserscheinungen das Allgemeinbefinden nichts zu wünschen übrig ließ. Diese Leute erhielten stets die dringliche Weisung, je nach Entfernung ihres Wohnsitzes sich alle zwei bzw. vier Wochen wieder vorzustellen. Leider waren es nur wenige, etwa 90, die diesen Rat regelmäßig und pünktlich befolgten. In solchen Fällen fand wieder eine

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

mehrmalige Blutuntersuchung statt. Derartige Kranke meldeten sich häufig mit der Angabe, daß sie sich schlechter fühlten als bei der Entlassung. Unter ihnen befanden sich zehn, bei denen die erneute mikroskopische Untersuchung das Vorhandensein von Trypanosomen ergab. Ob es sich in diesen Fällen um Wiederauftreten von Trypanosomen oder um eine Neuinfektion handelte, war nicht mit Sicherheit festzustellen. Immerhin fiel es auf, daß bei den als vorläufig geheilt Entlassenen seltener Trypanosomen wieder gefunden wurden, als bei solchen Leuten, die vor beendeter Kur von selbst entlaufen waren und wegen Wiederauftreten von Krankheitsgefühl freiwillig in die Behandlung zurückkehrten. Die ersteren gaben außerdem stets an, daß sie sich nach der Entlassung viel mit Fischfang beschäftigt hatten und dabei von Glossinen gestochen seien. Man kann hierbei also eine Neuinfektion zum mindesten nicht ausschließen.

Krankenbewegung im Lager Dume.

Bestand	Zugang	Im ganzen behandelt	Abgang			Bestand
			gebessert	tot	anderweitig	
40	330	376	86	61	97	132

Der Trennung in folgenden Tabellen zwischen Trypanosomiasis und Schlafkrankheit liegt der Gedanke zugrunde, unter Trypanosomiasis nur Leute zu führen, die subjektiv kein Krankheitsgefühl haben, also solche, die nicht spontan zur Behandlung gingen, sondern bei Untersuchung als Trypanosomenträger ermittelt wurden, bei denen also wohl noch keine anatomische Veränderung des zentralen oder peripheren Nervensystems eingesetzt hat und eine Heilung durch Abtötung der Erreger zu erwarten war.

	Zugang		Im Lager gestorben		Als gestorben bis 31. März ermittelt		Bestand am 31. März 1912	
	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke
Vorjahr	.	40	.	11	.	9	.	2
April 1911	.	23	.	7	.	2	.	4
Mai	.	42	.	11	.	1	.	2
Juni	1	37	.	5	.	3	.	5
Juli	.	35	.	3	.	1	.	4
August	.	.	.	.	.	.	.	3
September	.	6	.	.	.	1	.	2
Oktober	20	17	.	3	.	1	.	5
November	.	18	.	2	.	.	.	4
Dezember	20	7	.	1	.	1	.	5
Januar	11	23	.	4	.	3	6	14
Februar	.	23	.	1	.	.	.	14
März	23	52	.	1	.	.	18	40
Summe	75	301	.	49	.	22	24	108

In dieser Tabelle sind ohne Berücksichtigung zeitweiliger Besserung die bisher Gestorbenen und der gegenwärtige Bestand angeführt. Tote sind im Zugangsmonat in Abgang gesetzt, der Bestand gleichfalls im Zugangsmonat geführt zur

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Veranschaulichung der Behandlungsdauer. Von den 39 Todesfällen im Lager waren 12 durch interkurrente Krankheiten bedingt, 27 durch Schlafkrankheit.

Erblindet sind 13 = 3,5%. Alle Erblindeten gehören dem Schwerkranken-, keiner dem Anfangsstadium an. 2 mal trat Erblindung nach der 3. Injektion ein, 11 mal nach der 7., 11 mal nach der 1. Arsazetininjektion, nachdem vorher mit Atoxyl behandelte war, davon 1 mal nach 8 monatlicher Pause, 1 mal 5 Monate nach der letzten Injektion. Vielleicht ist also die Ursache der Erblindung in einem Zusammenwirken des vorgeschrittenen Krankheitsprozesses mit dem Medikament zu suchen.

	(I) Zugang		(II) Volle Kur durchgemacht		(III) Von (II) gebessert entlassen		(IV) Von (III) inzwischen gestorben		(V) Von (III) im März 1912 nachuntersucht		(VI) Von (V) im März 1912 ohne Krankheitserscheinungen		(VII) Von (VI) war bei der Aufnahme Trypanoma festgestellt	
	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke	Trypanosomenträger	Schlafkranke
Vorjahr	.	40	.	17	.	10	.	8	.	2	.	.	.	.
April 1911	.	23	.	15	.	13	.	5	.	4	.	.	.	.
Mai	.	12	.	10	.	9	.	1	.	4	.	2	.	1
Juni	1	37	.	22	.	16	.	4	.	7	.	4	.	2
Juli	.	35	.	15	.	14	.	1	.	4	.	3	.	1
August	.	8	.	7	.	6	.	.	.	5	.	4	.	1
September	.	6	.	6	.	6	.	.	.	.	.	.	.	.
Oktober	20	17	20	10	20	8	.	3	3	1	3	1	3	1
November	.	18	.	12	.	10	.	.	.	2	.	2	.	1
Dezember	20	7	20	6	20	5	.	.	.	.	.	.	.	.
Januar 1912	11	23	.	8	.	8	.	.	.	.	.	.	.	.
Februar	.	23	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
März	23	52	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	75	301	40	128	40	105	.	23	3	29	3	16	3	7

Als volle Kur sind für Trypanosomenkranke fünf, für Schlafkranke acht Doppelspritzen gerechnet.

Die Zahlen der vor längerer Zeit — Minimum ½ Jahr — als gebessert entlassenen und jetzt nachuntersuchten Schlafkranken sind noch zu klein, um ein definitives Urteil zu fällen, aber man kann jetzt schon sagen, daß nicht viel zu erwarten ist. Behandelt wurde vom 1. Januar bis 31. März 1912 mit Arsazetin 0,6, sonst mit Atoxyl 0,5. Die Arsazetinbehandlung wird bei den im 1. Vierteljahr Zugegangenen fortgeführt. Irgendein Unterschied in der Wirksamkeit der beiden Präparate ist nicht aufgefallen.

Besseres hofft Stechele von den Trypanosomiasiskranken, wenn der Beweis auch noch aussteht. Bisher kann er nur einen Fall dafür anführen. Am 18. Mai 1911 hat er bei dem Häuptling Poi Trypanosomen in den stark geschwollenen Nackendrüsen festgestellt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Am 2. und 3. Juni 1911 hat dieser je 0,5 Atoxyl erhalten. Er ist zur Zeit klinisch gesund, am 27. Januar und 23. März 1912 Blut ohne Trypanosomen, Drüsen nicht mehr zu punktieren. Über mehrere derartige Fälle zu berichten, wird die ambulante Behandlung Gelegenheit geben. Bei zwei anderen ambulant behandelten Fällen waren nach einer Doppelinjektion Arsazetin 70 Tage später im Blut keine Trypanosomen nachzuweisen, die Drüsenschwellungen zurückgegangen, Krankheitssymptome nicht aufgetreten.

Man könnte einwenden, daß es harmlose oder nicht zur Schlafkrankheit führende menschliche Trypanosomen gäbe. Dem widerspricht jedoch, daß diese Trypanosomenträger sich nur da finden, wo es Schlafkranke gibt. Durch Nichtbehandlung einiger Trypanosomenträger den Einwand zu widerlegen, hält Stechele vom menschlichen Standpunkt aus nicht berechtigt; dahingehende Beobachtungen werden sich im Laufe der Zeit durch Nachprüfung von Leuten, die sich der Behandlung entzogen haben, von selbst ergeben.

Zur Lagerbehandlung äußern sich die einzelnen Berichte also:

In Akonolinga kamen anfangs die Kranken in hellen Haufen zum Lager. Zunächst waren es hauptsächlich Leute aus der nächsten Umgebung von Akonolinga Jebekolles, Jelindas, dann Ssoos und schließlich Omwengs und Makkas aus dem Dume- und Lomiebezirk, mehrere Tagereisen weit her. Die Seuche muß arg gewütet haben bei den Makkas, wenn diese auf niedrigster Stufe stehenden Kannibalen, die durch mehrere kurz aufeinanderfolgende Expeditionen blutig niedergeworfen wurden, die sich infolgedessen zum Weißen nicht gerade hingezogen fühlen, wenn diese Naturmenschen es über sich brachten, über 100 km zum weißen Arzt zu laufen und bei ihm Hilfe zu suchen. Allmählich nahmen die Zugänge ab. Mögen sie gesehen haben, daß nur einem Teil von ihnen geholfen werden konnte, daß von den als geheilt Entlassenen manche bald wieder erkrankten, daß gerade der größte Teil der Schwerkranken, die ja doch der Hilfe am meisten bedürftig waren, dahinstarb, daß manche erblindeten; sie kamen seltener. Vielleicht zog es die Makkas auch nach dem ihnen näheren Dume hin, wo inzwischen Oberarzt Stechele sein Lager eröffnet hatte, wo sie, die in Akonolinga schwer unter Heimweh litten, von ihren Angehörigen besucht werden und von ihnen ihren Countryshop erhalten konnten; vielleicht hatten sie auch die stille Hoffnung, daß ihnen die Dumemedizin eher helfen könnte als die in Akonolinga.

Die Schwierigkeit, einen geordneten Lagerbetrieb aufrechtzuerhalten, wächst mit der Unkultur der Kranken. Leute, die schon länger mit den Weißen in Berührung stehen, gewöhnen sich in kurzem an die Ordnung des Lagers. Sie reinigen ihre Räume wenigstens vom größten Schmutz, sie sehen auch auf Reinlichkeit in der nächsten Umgebung ihrer Häuser.

Anders die Makkas, die das Hauptkontingent der Kranken stellen; sie sind noch nicht reif für eine regelrechte Behandlung ihrer Krankheit in einem Lager. Es fällt ihnen gar nicht ein, das Kehricht aus ihren Häusern zu schaffen; sie sind nicht dazu zu bringen, die Klosette des Lagers ihrer Bestimmung gemäß zu benutzen; wo sie gerade stehen und gehen, wo sie sich gerade unbeachtet fühlen, deponieren sie ihre Fäzes; die Betten, die man ihnen anfangs in die Häuser stellt, benutzen sie nicht etwa zum Schlafen, wie sie es in ihren Dörfern machen, nein, sie schlagen sie zusammen und verwenden sie als Feuerholz. Gutes Zureden hilft da nichts, kommen wieder neue Betten, werden sie wieder verbrannt, auch wenn anderes Feuerholz zur Verfügung steht. Es genügt ihnen, wenn sie als Unterlage für ihren Kopf einen Plantenstamm und für den übrigen Leib Plantenblätter haben; man müßte für je 2 Kranke einen Heilgehilfen haben, um einen erträglichen Zustand zu schaffen. Der Leichtkranke denkt ja gar nicht daran, sich um seinen schwerkranken hilflosen Landsmann zu bekümmern. So kommt es, daß bei der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

morgendlichen Revision hier und da Schwerkranke mit wüsten Brandwunden angetroffen wurden. Sie gerieten beim Herumwälzen auf ihrem Lager mit irgendeinem Körperteil ins Feuer und waren zu hilflos, sich selbst zu helfen. Aber keinen ficht das an. Das denkbar undankbarste Material für die Behandlung, klagt Stechele, sind infolge ihrer großen Indolenz die Weiber, oben von Läusen, und an Händen, Füßen und Sitzgelegenheit von Sandflöhen angefressen, kommen sie trotz Besserung ihrer Trypanosomiasis immer mehr herunter. Männer und Kinder halten sich bei leichter Arbeit gut und nehmen an Gewicht zu.

Die Makkas eignen sich also recht schlecht für die Lagerbehandlung; Stechele führt zu dieser Frage noch weiter aus: Kranke, die länger in Lagerbehandlung waren, wurden von ihren Dorfleuten gemieden und ins Lager zurückgeschickt aus Angst vor Infektion. Außerdem läßt allein die immens große Krankenzahl in Makka (10—15000) eine ausschließliche Lagerbehandlung als unmöglich erscheinen; dazu kommt, daß es nie gelingen wird, sich völlig gesund fühlende Trypanosomenträger längere Zeit im Lager zu halten. Es müssen regelmäßige Reisen stattfinden, um den Eifer nicht erkalten zu lassen und Leute des Anfangsstadiums aufzufinden, Entlassene und Entlaufene nachzuprüfen und zu behandeln. Es ist aber nur ein Schritt, die Reisetätigkeit zu einer regelmäßigen Ambulanzbehandlung auszubauen nach dem Grundsatz:

Für Schlafkranke Lagerbehandlung,
Für Trypanosomenträger Ambulanz.

Bekämpfung.

Die bei der Bekämpfung der Schlafkrankheit in Frage kommende Vernichtung der Glossinen durch Sanierung und Freischlagen im gefährdeten Gelände ist hier in Kamerun anscheinend ganz erheblich schwieriger als in Deutsch-Ostafrika. Das liegt hauptsächlich an der Beschaffenheit des Landes. Die Flußläufe, die hierbei besonders eine Rolle spielen, zeichnen sich dadurch aus, daß sie von einem stellenweis bis zu 1 km breiten Sumpfgürtel — dem Überschwemmungsgebiet der Regenzeit — eingefaßt sind, der teils vorwiegend schilfig, teils mehr buschig ist. Dies erschwert die Sanierungsarbeiten sehr und macht sie kostspielig. Zum besseren Verständnis sei hier aus einem Bericht Freyers eine Beschreibung des Njong zwischen Akonolinga und Olama beigefügt:

»An einzelnen Stellen tritt der Urwald bis dicht an den Fluß heran; dann weicht er mehrere 100 m zurück, zwischen ihm und dem Flusse liegen dann Schilf und Grasflächen, aus denen sich ab und zu einzelne Bäume, Sträucher oder auch kleinere Ansammlungen von ihnen erheben. Das Schilf, welches Ähnlichkeit mit unserem heimischen hat, wird etwa 2 m hoch. Der Boden dieser Fläche ist durch ein wildes Gewirr von Wurzeln, Schlingpflanzen usw. zu einer Art von elastischer Decke geworden. Durch diese Flächen ziehen sich viele schmälere und breitere Wasserläufe, welche wieder in den Fluß oder in eine inmitten des Schilfes gelegene Wasserfläche oder in einen der Kricks einmünden, welche tief in den Urwald hineinführen. Diese Wasserläufe und Kricks sind zum allergrößten Teil nur für die kleinen Kanus der Eingeborenen passierbar. Die mit Urwald bestandenen Ufer sind meist so flach, daß sie bei Hochwasser in großer Ausdehnung überschwemmt werden. An vereinzelten Stellen, an welchen der Urwald bis dicht an den Fluß herantritt, erhebt sich das Ufer steil bis zur Höhe von etwa 25 m aus dem Wasser. Auf diesen Höhen liegen die Siedlungen der Eingeborenen, meist einige Hütten, weit auseinander gelegen.

Von Kolmaka an wird der Fluß breiter, der Wald tritt näher an den Fluß heran. Aber auch hier ist das Ufer meist niedrig, so daß es bei Hochwasser überflutet wird. Auf steilen Ufern liegen hier die Faktoreien der Europäer und die Dörfer der Eingeborenen. Auf diesen steilen Ufern findet man vielfach Rasthäuser für die Leute, die auf dem Njong fahren, auch für Europäer; sie wimmeln des Nachts von Moskitos und sonstigem Ungeziefer.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In gleicher Weise erschwerend wie die Beschaffenheit des Flusses selbst, wirkt auch der Umstand, daß die in Frage kommenden Gebiete von außerordentlicher Ausdehnung sind. Zur Bearbeitung aber stände eine nur sehr geringe Zahl von Arbeitern zur Verfügung, die weder an das Arbeiten gewöhnt, noch dazu geneigt sind. Ein Teil dieser Bevölkerung wohnt außerdem in Gebieten, in denen die Autorität der Regierung noch nicht gefestigt ist. Diese, dem Kanibalismus noch huldigenden Leute würden sich durch Zwangsmaßnahmen kaum zu ersprießlicher Arbeit heranziehen lassen. Sie würden sich auch kaum in anderen Gebieten — es handelte sich hierbei hauptsächlich um die Makkas — ansiedeln lassen. Die Bewohner neu angelegter Dörfer würden ohne Zweifel bei Aufhören der für längere Zeit unmöglich aufrecht zu erhaltenden ständigen Kontrolle diese Plätze verlassen, um sich dort anzusiedeln, wo es ihnen selber paßt.

Ihnen aber gar noch den Fischfang zu verbieten, bei dem sie sich nach hier gemachten Feststellungen ganz besonders häufig zu infizieren scheinen, ist nicht angängig, der Mangel an Wild und die Unzulänglichkeit ihrer Mittel zur Jagd zwingt die Leute zum Fischfang. Würde man ihnen die Möglichkeit dazu unterbinden, so würde das hochgradige Unzufriedenheit und Erbitterung hervorrufen, deren unausbleibliche Folgen sich wohl in unangenehmer Weise bemerkbar machen würde. Um also diesen Leuten ihre Subsistenzmittel nicht zu nehmen, muß man wohl vom Verbot des Fischfangs absehen. Versuche mit Puppensammeln sind hier noch nicht in größerem Maßstabe erfolgt. Die Erprobung des Tsetseleims ist von Akonolinga aus erst in letzter Zeit erfolgt. Es wurden hierzu, da Versuchsanzüge nicht zur Verfügung standen, größere Stücke Stoff und Ölleinwand mit dem Leim bestrichen. Eingeborene, die mit diesen Klebemänteln behängt wurden, erhielten den Auftrag, an bestimmten Stellen auf und ab zu gehen. Ebenso wurden derartig bekleidete Eingeborene auf der Kanufahrt gelegentlich einer im Februar ausgeführten Expeditionsreise mitgenommen. Während die Versuche am Lande guten Erfolg hatten, wurden auf dieser Reise auf dem Njong trotz sehr verschiedener Witterung keine Glossinen gefangen, während andere Fliegen die Klebefläche in dichten Scharen bedeckten. Eine weitere Ausdehnung dieser erst kürzlich begonnenen Versuche ist beabsichtigt.

Ob die Eingeborenen im Besitze von Mitteln sind, deren Anwendung als Einreibung die Fliegen vom Körper fernhalten würde, hat sich hier nicht feststellen lassen.

Soweit die Berichte von Akonolinga. Nach Stecheles Berichten können Sanierungsarbeiten im Dumebezirk nur lokalen Charakter haben und müssen sich vorläufig auf Freilegung der nächsten Umgebung der Dörfer und Übergangsstellen über Gewässer beschränken. In diesem Umfang sind sie ohne Kosten und ohne übermäßige Belastung der Eingeborenen durchführbar und versprechen einen beschränkten Schutz.

Zusammenlegungen und Verlegungen von Dörfern sind nach örtlichen und politischen Verhältnissen anzustreben. Kranke und Infektionstüchtige müssen ausfindig und unschädlich gemacht werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In den im Dezember 1911 von Stechele verlegten Dörfern Novab und Kri fand er im Januar 1912 noch 10, im März noch 5 Neuinfizierte. Die Nachuntersuchungen müssen aber immer wiederholt werden, da die Leute in der alten Heimat noch Farmen und Hütten haben, zu denen sie immer wieder zurückkehren.

Aus all diesen Ausführungen geht hervor, daß wir in Kamerun bisher an 4 verschiedenen Stellen Schlafkrankheit haben, am Njong, Dume, Nkam und am Aina, in der Nähe der Südgrenze des Ebolowabezirks. Bei der starken Verseuchung des Sanga–Ubangi-Gebietes ist eine Einschleppung im Osten und Südosten sehr wahrscheinlich. Bei dem regen Verkehr, den die Sangadörfer mit den deutschen Dschahdörfern unterhalten, der sich sogar bis Nola erstreckt, ist die Annahme der Gefahr nicht von der Hand zu weisen, daß die Schlafkrankheit sich allmählich Molundu nähern wird. Aber auch die Dörfer im Innern des Dschah–Sanga-Dreiecks sind nicht unbedingt vor ihr geschützt, da sie ebenfalls in ununterbrochenem, wenn auch nicht allzu regem Verkehr mit dem Dschahdorf Dongo und den Sangadörfern Djembe, Ndsimu stehen, wo, wie gesagt, je 1 Fall von Schlafkrankheit festgestellt ist. Es droht also jetzt Molundu nicht allein vom Congo, sondern auch in absehbarer Zeit vom oberen Sanga her eine ernste Gefahr (Haubold). Ähnlich liegen die Verhältnisse am Kade. Eine Verbreitung vom Njong aus zur Küste liegt bei dem allseitigen Vorkommen der Palpalis im Bereich der Möglichkeit. Doch sind die Verhältnisse noch wenig geklärt, auch in den verseuchten Gebieten, insbesondere ist auch eine nur annähernd genaue Schätzung der Kranken nach Zahlen noch nicht möglich, da einerseits die Angaben über die Bevölkerungszahl noch höchst ungenau, und anderseits die verseuchten Gebiete noch lange nicht ausreichend darauf untersucht und durchforscht werden konnten.

Zur Zeit sind 5 Ärzte (1 auf Urlaub) und 5 Sanitätsunteroffiziere (1 auf Urlaub) mit der Erkundung der einschlägigen Verhältnisse betraut. Weitere 5 Ärzte und 10 Sanitätsunteroffiziere sind beantragt. Die Arbeiten litten bisher an dem Mangel an Personal, insbesondere des weißen Unterpersonals. Die Schwierigkeit, die den Expeditionen entgegentreten werden, sind äußerst groß. Die in Frage kommenden Landstriche sind infolge ihres ungeheuren Wasserreichtums sehr ungesund, die Bewohner sind den Weißen nicht sehr freundlich gesinnt. Es bedarf der äußersten Anstrengung aller körperlichen und geistigen Kräfte jedes Einzelnen; nur so ist zu hoffen, daß in Bälde völlige Klarheit über die ganze Lage geschafft wird, um erfolgreich den Kampf durchzuführen gegen die beiden Faktoren, durch deren Zusammenwirken die Seuche zustande kommt.

Filarienerkrankungen.

Bearbeiter: Assistenzarzt Dr. Schütz.

Über das Vorkommen von Filarien mit ihren Folgeerscheinungen wird von allen Stationen berichtet. Nähere Angaben über Ätiologie und das Vorkommen der einzelnen Filarienarten finden sich nur ganz

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

vereinzelt. So wird aus dem Garuabezirk berichtet, daß von den 7 beobachteten Fällen nur 2 aus dem Bezirk selbst stammten, während die übrigen in südlicheren Bezirken des Landes ihre Heimat hatten. Diese Tatsache wird auf das geringe Vorkommen der Culexarten im Garuabezirk zurückgeführt. Mikroskopisch wurde einmal Filaria diurna, 4mal perstans und 2mal Mischinfektion nachgewiesen.

Recht häufig sind die durch Filaria bancrofti hervorgerufenen Erkrankungen; übereinstimmend findet sich in allen Berichten das Überwiegen elefantiastischer Veränderungen des Hodensacks, es folgen dann Unterschenkel, Penis, Schamlippen und obere Extremitäten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde eine operative Therapie eingeschlagen, und zwar größtenteils mit Erfolg, vor allem bei Elefantiasis des Hodensacks. In Duala wird jetzt so operiert, daß auf beiden Seiten der Leistenbruchschnitt gemacht wird und dann Samenstrang und Hoden nach oben herausgezogen werden. Danach folgt Absetzung des Hodensacks. Bewährt hat sich bei Notwendigkeit die Bildung eines Hautlappens vom Mons veneris zur Deckung eines Defekts am Penisschaft. In den Hodenhüllen fand sich einmal ein eigenartiges Gebilde, verkalkte Filarien enthaltend. In einem Fall wog der entfernte Hodensack 26 kg. Hervorzuheben ist bei diesen Operationen die geringe Tendenz zu primärer Heilung. Von verschiedenen Seiten wird eine endogene Schädigung der Gewebe durch Filarien angenommen. Über die Zweckmäßigkeit von Fibrolysinjektionen und gleichzeitiger Exzision verdickter Hautpartien bei Elefantiasis der Unterschenkel herrscht keine Übereinstimmung. Während nach Berichten aus Kribi mit dieser Therapie und anschließenden Injektionen von 10%igem Jodoformöl günstige Erfolge erzielt wurden, war das Resultat in Duala negativ. Jedenfalls spricht die schwer durchzuführende lange Behandlungszeit und die Schmerzhaftigkeit der Injektionen gegen diese Therapie.

Über einen Fall von chronischer Chylurie wird aus Dume berichtet. Er betraf einen Mann mit rechtsseitiger exsudativer Pleuritis. Die Behandlung mit Santelöl, Terpentinöl und Methylenblau war erfolglos. Die Sektion ergab mit Wahrscheinlichkeit Miliartuberkulose.

Einen wegen seines tödlichen Ausgangs bemerkenswerten Fall von Filariasis berichtet Dr. Stechele. Er beschreibt ihn folgendermaßen:

Es handelte sich um einen im tiefsten Stupor eingelieferten Händler. Der Zustand sollte seit 5 Tagen bestehen. Das Blut enthielt außergewöhnliche Mengen von Filaria diurna und perstans. Der Urin enthielt etwas Eiweiß und reichlich Zylinder. Das Bewußtsein war gänzlich erloschen. Corneal- und Blinzelreflex bestanden, Hautreflexe fehlten, Kniesehnenreflex war einseitig ganz schwach erhalten. Fieber (40,5) trat erst kurz vor dem Tode auf. Beobachtungszeit: 35 Stunden Die Obduktion ergab Stauung der Hirngefäße neben mäßiger Bronchitis und chronischer Nierenentzündung. Eine Filarie wurde im Mesenterium gefunden. Dr. Stechele nimmt eine mechanisch durch Verstopfung feinster Hirngefäße oder toxisch bedingte Schädigung an.

Der häufigen sogenannten Kamerunschwellung wird nur einmal Erwähnung getan, während zahlreiche Fälle von Filarien im Auge zur Beobachtung kamen. Die Filarien wurden extrahiert.

Filarienabszesse wurden mehrfach behandelt. Dr. Külz in Kribi hat eine eingehende Arbeit über Ätiologie, Symptome und Therapie

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

dieser Erkrankung im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene veröffentlicht. Die genaue Beschreibung der Symptome gründet sich auf die Beobachtungen, die am eigenen Leibe gemacht sind. Die ersten Erscheinungen sind rheumatische Schmerzen mit mäßigen Temperatursteigerungen, bei wechselndem, stark gestörtem Allgemeinbefinden. Der Sitz der Abszesse ist mit Vorliebe die große Extremitätenmuskulatur. Bemerkenswert ist die Multiplizität der Abszesse. Das weitere Schicksal dieser Eiterherde ist Einschmelzung des umgebenden Gewebes und Durchbruch oder Senkung. Metastatische Eiterungen kommen nicht vor. Die einzig gegebene Therapie ist breite Spaltung der Abszesse. Die Prognose ist günstig, wenn nicht komplizierende Erkrankungen hinzukommen. Das Vorkommen der Erkrankung beschränkt sich auf die Küsten- und Urwaldregionen Kameruns, im Graslande wird sie nicht beobachtet. Dieses ist ätiologisch von Interesse, da das Ausbreitungsgebiet dieser Erkrankung gleichzeitig der Herrschaftsbereich der Filaria loa ist. Bei allen Fällen von Muskelabszessen wurde im Blut Mikrofilaria diurna angetroffen. Die Zugehörigkeit dieser Filaria zu Filaria loa als Muttertier scheint nach den Versuchen von Fülleborn und Külz erwiesen. Hierzu kommt noch, daß mehrfach Filarien im Abszeßeiter gefunden wurden. Ob es sich dabei um Filaria loa gehandelt hat, geht aus den Beobachtungen nicht hervor. Die Annahme geht dahin, daß die Filaria beim Absterben eine Reaktion des aufgesuchten Körpergewebes hervorruft, die im günstigen Fall zur Aufsaugung oder Verkalkung, im ungünstigen Falle zur Abszedierung nach Einwanderung von Staphylokokken, die im Abszeßeiter mehrfach nachgewiesen worden sind, führt.

Filaria medinensis, die hier auch Garuawurm genannt wird, ist nur in Kusseri beobachtet worden und übereinstimmend damit in Garua bei durchreisenden Soldaten aus Kusseri und Dikoa. Ein gehäuftes Auftreten war nach den Überschwemmungen der Regenzeit festzustellen. Bemerkenswert war der verhältnismäßig schwere Verlauf in Kusseri. Aus Banjo wird von einem Fall berichtet, der 6 Medinawürmer im Unterschenkel hatte. Die Therapie bestand meist in der langsamen Herauswicklung des Tieres; Anwendung von Chloroformwatte, Karbolmull und Sublimatinjektionen war wenig erfolgreich.

Dysenterie.

Bearbeiter: Regierungsarzt Dr. Hallenberger.

Von den in Kamerun herrschenden schweren Darmerkrankungen steht die Dysenterie an erster Stelle. Sie ist im ganzen Schutzgebiet endemisch und flackert fast überall von Zeit zu Zeit in mehr oder weniger heftigen Epidemien auf. Besonders in der trockenen Jahreszeit wird von allen Seiten von Ruhrepidemien berichtet. Warum gerade zu dieser Zeit, ist leicht verständlich, wenn man die Wasserversorgung der meisten Eingeborenendörfer und den Begriff des Eingeborenen über Reinlichkeit in Betracht zieht. Das Wasser, das dem größten Teile Kameruns

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

in der Regenzeit in überreichem Maße beschert ist, wird nach Eintritt der Trockenzeit rasch knapp, da Quellen und Bäche zum Teil versiegen. Künstliche Wasseranlagen gibt es in den Buschdörfern nicht, und so wird, wenn fließendes Wasser nicht in allernächster Nähe ist, das Wasser dem ersten besten Tümpel entnommen. Zudem pflegt der Neger seine Fäzes mit besonderer Vorliebe in das Wasser oder doch in der Nähe des Wassers abzusetzen, und wenn schließlich das Wasser selbst nicht sichtbar verunreinigt ist, so ist die Umgebung der Wasserstellen gewöhnlich so mit Kothaufen besät, daß eine Verunreinigung des Wassers durch die Füße der Wasserholenden ganz unvermeidlich ist. Die Weiterverbreitung von Darmkrankheiten auf diese Weise leuchtet ein. Eine nicht minder wichtige Rolle spielt die Übertragung von Mensch zu Mensch sowie die Übertragung durch Haustiere und Insekten. Reinlichkeit ist vielen Eingeborenen ein unbekannter Begriff, das Hautwaschen kennen viele nicht, allerdings fehlt oft auch das dazu nötige Wasser — und mit denselben schmutzigen Händen, mit denen er eben den Stuhl eines Dysenteriekranken vor die Hütte befördert hat, formt er im nächsten Augenblick seine Klöße. Aborte kennt er nicht, sein Abort ist da, wo ihn gerade ein Bedürfnis ankommt. Mit besonderer Vorliebe sucht er jedoch die Schweinefenz auf, und da Menschenkot nicht nur ein beliebter Genuß, sondern auch ein mindestens ebenso beliebtes Riechmittel für Schweine ist, so sind über und über mit Dysenteriestuhl bedeckte Schweine in Dörfern, in denen eine Epidemie herrscht, ein nicht allzu seltener Anblick, Schweine, die in enger Gemeinschaft mit ihrem Besitzer leben und als Handelsartikel von Hand zu Hand gehen. Daß vor allem auch Fliegen, die sich mit gleicher Vorliebe auf Kot und Speisen niederlassen, als Hauptüberträger in Betracht kommen, ist wohl selbstverständlich. Ist die Dysenterie in einem Dorfe ausgebrochen, so breitet sie sich weiter aus, um erst mit dem Einsetzen der Regenzeit zum Stillstand zu kommen. Häufig ist dann aber das Dorf schon ausgestorben oder von den Einwohnern verlassen.

Welche Erreger der Dysenterie in Betracht kommen, ist mit Sicherheit noch nicht festgestellt. Bazillenruhr ist bisher noch in keinem Falle einwandfrei nachgewiesen, da exakte bakteriologische und serologische Diagnosenstellung auf Innenstationen und auf Expeditionen aus leicht verständlichen Gründen nicht möglich ist. Man bezeichnet meist als Bazillenruhr die Krankheitsform, die bei typischen dysenterischen Erscheinungen keine Amöben im Stuhl finden läßt. Als Erreger von Amöbenruhr wird die Amoeba tetragena in Kamerun vielfach angesehen, von der alle möglichen Formen in den blutigschleimigen Entleerungen zu finden sind, lebhaft bewegliche, träge, fast unbewegliche Amöben, Knospungsformen und Cysten. Auch der Amoeba coli ähnliche Formen mit achtkernigen Cysten werden gefunden; daß sie als Krankheitserreger verdächtig sind, dafür spricht die Tatsache, daß Löhlein diese Formen hier in Leberabszessen gefunden hat. Die Schwere der Krankheit steht in gewisser Beziehung zur Beweglichkeit und Zahl der Amöben. Während man bei schweren Fällen zahlreiche sehr bewegliche Formen findet, sieht man bei leichten Fällen einzelne träge Amöben. Für den

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Praktiker ist es zur Zeit weniger wichtig, zu wissen, ob Amöben- oder Bazillenruhr vorliegt, da die Therapie die gleiche zu sein pflegt.

Die Krankheitserscheinungen bieten in Kamerun keine Besonderheiten. Zur Beobachtung kamen alle Stufen der Erkrankung, die leichte sowohl wie die tödlich verlaufende Form. Die Zahl der Dysenterieerkrankungen bei Europäern geht von Jahr zu Jahr zurück, da auch die ältesten Afrikaner sich mehr und mehr zu sachgemäßen hygienischen und therapeutischen Maßnahmen bekehren. Im Berichtsjahr war weder ein Leberabszeß noch ein Todesfall bei dysenteriekranken Europäern zu verzeichnen. Bei Eingeborenen, die in ärztlicher Behandlung waren, wurden als Komplikationen Leberabszesse und Darmblutungen beobachtet, und leider ist auch die Zahl der Todesfälle recht hoch gewesen. Bedingt ist der Tod bei den dysenteriekranken Eingeborenen meist durch Kachexie, kein Wunder, da die Kranken erst im vorgeschrittenen Stadium in ärztliche Behandlung kommen. Die Prognose der Dysenterie ist im Anfangsstadium, besonders bei gut genährten Menschen, gar nicht ungünstig, sie verschlechtert sich bei verschleppten Fällen wegen des drohenden Leberabszesses und ist infaust bei unterernährten Kranken.

Bei Fällen, die zur Sektion kamen, konnte fast regelmäßig die intra vitam gestellte Diagnose bestätigt werden. Häufiger wurden multiple kleine Leberabszesse gefunden, die intra vitam keine Erscheinungen gemacht hatten. Regelmäßig fanden sich im Abszeßinhalt Amöben.

In therapeutischer Hinsicht kamen verschiedene Methoden zur Anwendung. Beide Krankheitsformen wurden mit Rizinusöl und Karlsbader Salz behandelt. Von der Calomelbehandlung sind manche Berichterstatter abgekommen wegen der häufigen Quecksilberstomatitiden. Ipecacuanah versagte. Simaruba-Granatwurzelessenz 2—3mal täglich 1 Eßlöffel wirkte günstig, nach 5—6 Tagen waren im allgemeinen die blutigschleimigen Stühle geschwunden. Neu eingeführt in die Therapie der Dysenterie wurde Liquor Uzara. Mit diesem Medikament, das aus der Wurzel einer ostafrikanischen Wurzelasklepiadee gewonnen wird, wurden an verschiedenen Orten Versuche angestellt. Während die meisten Fälle auf Uzaragaben (von 3mal täglich 20—30 Tropfen) günstig reagierten, mußte einige Male die Dosis auf 50 Tropfen zur Erzielung der Heilwirkung erhöht werden. Vor 5—6 Tagen verschwanden jedoch auch unter Uzarabehandlung Blut und Schleim gewöhnlich nicht aus dem Stuhlgang. Da derselbe Erfolg auch mit Simaruba-Granatwurzelessenz erzielt wurde, ist es noch nicht sichergestellt, ob Liquor Uzara wirkungsvoller ist. In Fällen, bei denen sich das Normalwerden des Stuhles verzögerte, wurden Tanninklysmen verabreicht. Obstipation in der Rekonvaleszenz wurde mit Karlsbader Salz bekämpft. Daß neben der medikamentösen Therapie die Diät nicht außer acht gelassen wurde, dürfte selbstverständlich sein. Leberabszesse wurden, sobald sie durch Punktion bestätigt waren, sachgemäß chirurgisch behandelt.

Die Bekämpfung und Verhütung der Dysenterie ist ungleich viel schwieriger als die aller anderen in Kamerun vorkommenden Seuchen. Daß an Orten, die gesunde Wasser- und geregelte Abortverhältnisse

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

haben, die Krankheit kaum noch auftritt, zeigt den Weg, wie man ihr beikommen kann. Jedem Negerdorf eine gute Wasserstelle verschaffen und die Verunreinigung des Wassers streng verbieten, ist leicht gesagt, aber vorläufig sehr schwer ausführbar; dasselbe gilt für den Bau von Aborten bzw. Absetzung von Fäkalien. Solange dem Eingeborenen der Begriff Reinlichkeit noch nicht in Fleisch und Blut übergegangen ist, solange sind alle Belehrungen und Vorschriften da, wo strenge Kontrolle fehlt, verlorene Mühe. Die Belehrungen werden mit scheinbar großem Interesse angehört, lebhafte Zustimmung erfolgt, hoch und heilig wird Befolgung versprochen, aber befolgt wird nichts; im Stillen lacht der Neger über die Ansichten des weißen Arztes, und kaum hat man den Rücken gewandt, so geht der alte Schlendrian weiter. Eine Besserung ist erst mit fortschreitender Kultur zu erwarten. Auf Stationen, Pflanzungen, überhaupt in jedem geordneten Betrieb, muß es unter allen Umständen gelingen, durch Wasserversorgung, Abortbau, strenge Strafbestimmungen die Dysenterie zum Schwinden zu bringen. Nicht außer acht zu lassen ist, daß Arbeiter, Gefangene usw., die in andere Gegenden verbracht werden, und die infolge der veränderten Lebensbedingungen leichter zu Infektionen geneigt sind, in der ersten Zeit ihre gewohnte Nahrung erhalten und nach und nach an die neue Kost gewöhnt werden.

Darmkatarrhe.

Bearbeiter: Regierungsarzt Dr. Hallenberger.

Darmkatarrhe sind bei den Europäern verhältnismäßig selten, d. h. sie kommen selten in ärztliche Beobachtung, während von Darmkatarrhen bei Eingeborenen zu jeder Zeit und von allen Orten berichtet wird. Da bisher genaue bakteriologische Untersuchungen in Kamerun noch nicht angestellt sind, so ist nicht zu sagen, wieviele von den Katarrhen Ruhrerkrankungen sind. Im großen und ganzen treten die Erkrankungen nicht sehr schwer auf, da der lästige Durchfall den Eingeborenen, wenigstens in schon etwas kultivierteren Gegenden, bald zum Arzt führt. Daß die Zahl der Darmkatarrhe so außerordentlich hoch ist, nimmt nicht wunder bei den Zumutungen, die der Neger an seinen Verdauungskanal zu stellen pflegt. Hat er etwas zu essen, so stopft er sich so voll als möglich, wobei es gar nicht darauf ankommt, wie die Speisen zubereitet, ob sie verdorben sind oder nicht. Dann wird schmutziges Wasser, Palmwein, Rum u. dgl. nachgefüllt und der Darmkatarrh ist da. Öftere und langanhaltende Verstopfungen sowie die Unmenge der Darmschmarotzer erhöhen die Disposition des Darmes zu Erkrankungen ganz erheblich. Fast regelmäßig erkranken an Darmkatarrh die Eingeborenen, die als Arbeiter, Träger, Gefangene in andere Gegenden kommen und gezwungen sind, ungewohnte Nahrung zu essen. Hier kann durch anfängliche Verabreichung der gewohnten Kost und allmähliche Angewöhnung vorgebeugt werden.

Die bekannten Krankheitserscheinungen sind Leibschmerzen, und Durchfall; letzterer ist es, der die Kranken bald Hilfe suchen läßt,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sei es beim Arzt oder bei ihrem Medizinmann. Der Verlauf ist meist leicht. Todesfälle kommen vor, betreffen aber unterernährte oder schon durch andere Krankheiten mitgenommene Personen.

Eingeweidewürmer.

Bearbeiter: Regierungsarzt Dr. Hallenberger.

Die bei den Eingeborenen Kameruns häufigste Krankheit ist ohne allen Zweifel die Helminthiasis. Um einigermaßen ein Bild von der Verbreitung dieser Krankheit zu erhalten, wurden von einer Anzahl Sanitätsdienststellen systematische Stuhluntersuchungen vorgenommen, aus denen hervorging, daß die Krankheit in ganz Kamerun stark verbreitet ist, stellenweise wurden 100 % der Untersuchten als Wurmträger erkannt. Infektion mit einer Spezies ist selten, meist besteht eine Mischinfektion von 2—3 Arten. Ein regelmäßiger Gast des Negerdarms ist Ascaris lumbricoides, es folgt dann der Häufigkeit nach Ancylostoma duodenale, Trichocephalus trichiurus; besonders häufig sind diese 3 Arten vergesellschaftet; seltener ist Oxyuris vermicularis, Taenia solium und Taenia saginata, Bothriocephalus latus — dieser wurde nur am Logone beobachtet — und Rhabdomena strongyloides. Daß die Wurmkrankheit so außerordentlich verbreitet ist, dürfte die ganz natürliche Folge der Unreinlichkeit der Neger und ihrer Indolenz bei Absetzung ihres Kotes sein. Europäer erkranken hier und da gleichfalls an Helminthiasis.

Die schwerste der Wurmkrankheiten, die Ankylostomiasis, wurde bei 76 % der Untersuchten konstatiert. Glücklicherweise tritt die Krankheit bei weitem nicht so schwer auf, wie wir es in Deutschland zu sehen gewohnt sind; der Neger scheint sich im Laufe der Zeit auch an diesen Darmschmarotzer gewöhnt zu haben. Machen sich Krankheitserscheinungen bemerkbar, so handelt es sich in der Regel um eine sehr starke Infektion; es besteht dann hochgradige Blutarmut. Blutige Stühle infolge der Tausende von Bißwunden in der Darmschleimhaut können leicht eine Dysenterie vortäuschen. Todesfälle kommen vor, sind jedoch selten.

Die Therapie besteht in Darreichungen von Thymol und B-Naphthol. Besonders das letztere hat sich als ein ganz vorzügliches Mittel bewährt, das zudem den Vorzug der Billigkeit und Haltbarkeit hat. Man gibt 3mal täglich 1 g in Oblaten, am nächsten Morgen Calomel; diese Kur einige Male wiederholt, bringt auch die hartnäckigsten Fälle zur Heilung — bis zur nächsten Neuinfektion.

Wie bei der Ankylostomiasis pflegen Krankheitserscheinungen bei den anderen Wurmkrankheiten nur bei hochgradiger Infektion vorhanden zu sein. Welche Unmenge von Würmern ein einzelnes Individuum in sich beherbergen kann, das spottet jeder Beschreibung. Oft kann man nach Wurmkuren beobachten, daß Haufen von Würmern entleert werden. Therapeutisch wird durchweg Santonin mit nachfolgendem Abführmittel gegeben; auch B-Naphthol wirkt hier ausgezeichnet.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die einzige Prophylaxe ist die Erziehung des Negers zur Reinlichkeit. An eine Bekämpfung der Wurmkrankheit ist vorläufig gar nicht zu denken. Wird im Einzelfalle Heilung erzielt, so kehrt der Neger doch sofort zu seinen Gewohnheiten zurück und eine Reinfektion läßt nicht lange auf sich warten. Eine Besserung ist erst zu erwarten, wenn mit der intellektuellen eine soziale Hebung des Negers einsetzt.

Krankheiten der Atmungsorgane

(mit Ausnahme der Tuberkulose).

Bearbeiter: Oberarzt Trepper.

Bei einem Rückblick auf die im Berichtsjahre behandelten Fälle von Krankheiten der Atmungsorgane springt ganz besonders in die Augen der schon mehrfach bemerkte Unterschied in Zahl und Verlauf innerer Erkrankungen bei Weißen und Farbigen. Er zwingt hier zu einer gesonderten Betrachtung. 7 Weiße gingen zu (darunter 2 Bronchialkatarrh und 4 Brustfellentzündung, 1 Pneumonie) und wurden sämtlich geheilt entlassen. Im Verlauf wurden keine Abweichungen von heimischer Weise beobachtet.

Bei einer Gesamtkrankenziffer von 689 Fällen im Berichtsjahr beläuft sich also der Anteil der Krankheiten der Atmungsorgane auf etwa 1 % und bei der Iststärke von etwa 1500 Weißen im Schutzgebiet auf 0,46 %. Es scheinen demnach die Atmungsorgane der Weißen den Verhältnissen Kameruns gegenüber eine größere Widerstandsfähigkeit zu besitzen, welche wohl in den europäischen Wintern erworben wurde.

Die Zahl der erkrankten Farbigen betrug 863 von 8474 der Gesamtkrankenziffer, also etwa 9 %. Dies ist also 9 mal mehr als bei den Weißen. Noch ungünstiger aber ist das Verhältnis bei den Todesfällen. 183 Menschen starben im Berichtsjahr an Krankheiten der Atmungsorgane. Da im ganzen 461 Farbige mit Tod abgingen, beträgt also der Anteil dieser Krankheiten an der Mortalität etwa 40 %.

Eine Erklärung hierfür bieten zunächst die bekannten schwankenden Witterungsverhältnisse: kalte Nächte, heiße Tage, plötzlicher Wind, heftige Regengüsse in zum Teil sehr hoch gelegenen Ländern (die Bezirke Dschang und Bamenda liegen größtenteils über 1000 m hoch). Es mehren sich, wie erklärlich, die Erkrankungen zur Regenzeit und — im Norden des Schutzgebietes — zur kalten Zeit, welche dem heimischen Winter zeitlich entspricht. Im Süden, in Jaunde, war sonderbarerweise in der heißen Trockenzeit (Februar) der Zugang am höchsten

Ferner sind die Eingeborenen im Gegensatz zu dem sehr vorsichtig lebenden und vom heimischen Winter her abgehärteten Weißen bekanntermaßen unzweckmäßig gekleidet und ohne Verständnis für jegliche Vorsicht. Ist es doch, wenigstens im Norden der Kolonie, an der Tagesordnung, daß in den Stationen selbst strenge Verbote die Eingeborenen nicht davon abhalten können, in kalten Nächten außerhalb der Hütten zu schlafen. Dabei sind Abkühlungen bis zu 10—12° C in den Hochländern und im Norden des Schutzgebietes nicht selten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Den größten Teil der behandelten Kranken aus der vorliegenden Gruppe stellen aber diejenigen Farbigen, die der Weiße notgedrungen aus ihrer Heimat heraus in oft ganz andere, ungewohnte Verhältnisse verpflanzt: Soldaten, Diener, Arbeiter und ganz besonders Gefangene, bei denen auch noch seelische Momente ungünstig wirken.

In einem Gefängnis erkrankten und starben innerhalb von 6 Wochen 10 Gefangene an Pneumonie. Nachdem auf Betreiben des herbeigerufenen Arztes die Unterkunft verbessert worden war, traten neue Erkrankungen nicht mehr hinzu.

Bei den Todesfällen ergab sich als Ursache meist die ausgebreitete Affektion der Lungen, also Atmungsinsuffizienz, weniger häufig hatte das Herz versagt.

Was die Beteiligung der einzelnen Krankheiten an den Kranken- und Todesziffern betrifft, so hat akuter Bronchialkatarrh den größten Anteil mit 417 Fällen und 20 tödlichen Ausgängen. Ungünstiger aber im Verlauf zeigte sich Pneumonie mit 373 Erkrankungen und 148 Todesfällen (also Mortalität von 40 %). Beobachtet worden ist die kruppöse aber auch die broncho-pneumonische Form, oft auch Komplikationen mit Pleuritis.

Lytischer Ausgang ist häufiger als kritischer. Residuen dagegen wurden kaum gesehen. Einmal trat die Pneumonie im Anschluß an eine Hydrocelenoperation auf, doch erfolgte Heilung nach 9 Tagen.

Dschang berichtet: »Erwähnenswert ist, daß bei den an Pneumonie Verstorbenen nie Herpes zu beobachten war, dagegen aber bei denen, die nach einer Woche ihren kritischen Fieberabfall bekamen.«

Die Pneumonie ist also ebenso wie in anderen Teilen Afrikas, besonders in Südafrika eine ernste Sache der Arbeitgeber.

In weitem Abstand folgen den Pneumonien 52 reine Pleuritiden mit 15 Todesfällen. Es wurden trockene und seröse Formen gesehen, mit meist langwierigem, aber ziemlich günstigem Verlauf. Nur einmal entwickelte sich ein Empyem. Auf den Vorschlag der Operation entzog sich die betreffende Person, eine Frau in mittleren Jahren, leider der weiteren Behandlung; sie starb bald darauf in ihrer Heimat.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß bei Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen eine Kombination von Jodtinktur und Hydrargyrum album pulverisatum örtlich und Jodkali innerlich gute Dienste geleistet hat.

Lepra.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jäger.

A. Allgemeines Vorkommen.

Dem Jahresbericht 1909/10 ist bereits eine Karte über die Verbreitung der Lepra in Kamerun beigegeben. Die Frage des Vorkommens der Lepra im Schutzgebiet ist im wesentlichen geklärt. Zweifel bestehen noch über den ergriffenen Prozentsatz der Bevölkerung. Es wird von allen Seiten betont, daß die bisher zur Verfügung stehenden Kräfte nicht ausreichen, um alle in Betracht kommenden Vorfragen zur planmäßigen Bekämpfung erschöpfend zu bearbeiten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Schätzungen über die Häufigkeit gehen ziemlich auseinander. Teilweise wird eine recht hohe Ziffer angegeben, so in Garua: mindestens 1%, Banjo: einige Prozent, in Lugere bei Gaschaka: 22%, Bamenda: nicht so selten wie früher angenommen wurde, Dschang im ganzen Bezirk festgestellt, Bafia: reichliches Vorhandensein bemerkt, Ebolowa: nach Tausenden zählend.

B. Vorkommende Formen.

Überall überwiegt die makulöse Form bei weitem an Häufigkeit. In Dume war Lepra tuberosa noch nicht beobachtet worden, sonst ist sie überall, aber erheblich weniger als Maculoanästhetica gefunden. In einer Reihe von Fällen sind bei letzterer keine Hansenschen Bazillen gefunden worden; allerdings fehlt die Angabe, wie die Untersuchung ausgeführt und wie oft sie wiederholt wurde. Daß bei der Maculoanästhetica die Bazillen seltener sind als bei der tuberosa, ist ja bekannt, und daß andererseits gegenüber den Diagnosen der Eingeborenen Vorsicht geboten ist, bedarf wohl auch keiner Erwähnung. Manche alte Framboesienarbe kann aussehen wie ein Leprafleck, und ein mit Buschmedizin behandelter Leprafleck verliert fast immer sein typisches Aussehen. Die Klärung dieser Frage wird daher auch allerseits als nicht beendet bezeichnet.

Nach Scheube (4. Aufl. S. 375) hat auch Sticker die Bazillen bei Nervenaussatz im Nasensekret nur in der großen Mehrzahl der Fälle gefunden, auch in der Flüssigkeit von Vesikatorblasen gelingt ihr Nachweis nach Neißer bei dieser Form »meist nicht«. Es liegt also die Vermutung nahe, daß diese bazillenärmeren Fälle eine weitere abgeschwächte Form der Maculoanästhetica darstellen, die ja an sich schon als die mildere Form der längere Zeit durchseuchten Länder betrachtet wird (Scheube).

Thiroux (Ref. nach Leboeuf in Lepra, Vol. 12, Fasc. 3) fand bei der »lepre trophoneuratique« die Bazillen nur in 15,94% der Fälle, Bouret (ebenda) bei derselben Form (lepre incomplete variété trophoneuratique) in 47,3%, d. h. in 35 von 74 Fällen. Und in 30 dieser 35 Fälle waren die Bazillen selten oder sehr selten.

C. Bekämpfung.

Ansätze zur Bekämpfung sind jetzt aus allen Gegenden zu berichten. Leprosorien sind an folgenden Stellen errichtet: auf der Insel Mondoleh bei Viktoria, im Ossidingebezirk, in Bokela bei Garua, in Jaunde, Ebolowa, Duala. Den geringen zur Verfügung stehenden Mitteln entsprechend, handelt es sich überall — vielleicht mit Ausnahme von Ossidinge, wo ein Heim für mehrere hundert Kranke errichtet ist — um Anlagen, die dem Bedürfnis nicht genügen. Es ist an den erwähnten Plätzen in mehr oder weniger großer Entfernung vom Amtssitze des Arztes ein Dorf errichtet, in das die gerade entdeckten Leprösen gebracht wurden. Von allen Stellen wird übereinstimmend geklagt, wie schwer es sei, die Isolierung durchzuführen, und diese Schwierigkeiten erscheinen einzelnen Berichterstattern so groß, daß sie das ganze System

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

der möglichst zwanglosen Ansiedelung verwerfen und geschlossene, streng überwachte, gefängnisartige Leprosorien mit Spezialarzt und sonstigem europäischen und eingeborenen Hilfspersonal fordern.

Es ist auffallend, mit welcher Übereinstimmung aus allen Teilen dieser sonst so verschieden gearteten Länder berichtet wird, daß es schwer fällt oder gar unmöglich erscheint, die Bevölkerung von der Notwendigkeit der Isolierung der Leprösen zu überzeugen und zur Mitarbeit an diesem Werke zu bewegen. Sogar in Ländern, in denen die Autorität der eingeborenen Herrscher manche andere Aufgabe bezwingt, versagt sie in diesem Falle.

Theoretisch gibt es zur Lösung der Isolierungsfrage zwei Wege: entweder zwanglose Ansiedelung in je nach den Umständen größeren oder kleineren Siedelungen innerhalb der Stämme unter Mitwirkung der Bevölkerung oder scharf bewachte, gefängnisartige Zwangsansiedelung, diese dann zweckmäßig in möglichst großem Umfange.

Durchweg ist bis jetzt der erste Weg beschritten worden; vielleicht kann man das Heim auf Mondeleh, da es eine Insel ist, der zweiten Gattung zurechnen, aber auch dieser Ansiedelung ist der Gefängnischarakter nach Möglichkeit ferngehalten worden.

Vom rein ärztlichen hygienischen Standpunkte aus bildet ja zweifellos der zweite Weg das Ideal, aber vom finanziellen und politischen Standpunkte und selbst von dem der Humanität sind doch Bedenken berechtigt, ob dieser Weg beschritten werden muß. Von mehreren Ärzten (Garua, Kusseri, Jaunde) wird das Einschlagen des zweiten Weges für nötig erklärt, während die Verwaltungsbehörden und andere Ärzte es auf die erstere Art zu versuchen vorschlagen.

Daß die bisherigen wenig umfangreichen Ansätze teilweise ein schlechtes Resultat gehabt haben, berechtigt nicht dazu, die Flinte ins Korn zu werfen. Wenn in einem Bezirk von 2000 Leprösen nur 200 isoliert werden, die anderen aber frei bleiben, so wird es schwer sein, diese 200 von der Notwendigkeit zu überzeugen, gerade sie aus der großen Zahl herauszugreifen. Wenn ferner in einem Bezirk viele einander feindliche Stämme wohnen, so wird es ebenso schwer fallen, Angehörige dieser längere Zeit in einer Ansiedelung zu vereinen. Dazu kommt, daß vielfach die Ernährungsfrage in der ersten Zeit Schwierigkeit machte, daß es überall einer längeren Zeit und sehr intensiver Arbeit bedarf, um die Bevölkerung zum Verständnis und zur Mitarbeit zu erziehen. Es dürfte auch an manchen Stellen politische Schwierigkeiten geben, wenn plötzlich die ja teilweise recht große Menge von Leprösen aus der ganzen Bevölkerung herausgenommen und damit eine in das Familienleben und den Besitzstand so scharf einschneidende Veränderung erzwungen werden soll. Es dürfte deshalb besser sein, zunächst die mildere Isolierung wirklich durchzuführen, hierbei wird die Bevölkerung an den Gedanken gewöhnt, und man erhält bessere Zahlen über die Mengen der Leprösen. Außerdem ist dieser Weg der billigere. Wenn sich dann hier und da die Notwendigkeit schärferer Maßnahmen ergibt, so bleibt es immer noch unbenommen, den zweiten Weg zu beschreiten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Aber darin sind alle Dienststellen, auch die Verwaltungsbehörden, einig, daß eine Vermehrung der bisherigen Mittel und Hilfskräfte nötig ist. Von mehreren Seiten wird für den Bezirk ein Reisearzt mit polizeilichen Befugnissen gefordert.

D. Wissenschaftliche Tätigkeit.

Hierzu kann über zwei Fragen berichtet werden: erstens die der schon im vorigen Jahresbericht erwähnten »Pseudolepra« und zweitens die der Therapie. Die erstere ist in Duala bearbeitet worden, doch sind die Arbeiten nicht abgeschlossen.

Die Therapie ist an vielen Stellen versucht, und zwar mit Nastin, Salvarsan, Chaulmoograöl, Karbol.

Über Nastinbehandlung berichtet Jaunde:

In 7 Fällen wurde die Nastinbehandlung eingeleitet. Der bereits erwähnte Fall mit dem positiven Bazillenbefund (siehe Bericht vom II. Quartal 1911/12) wurde 6 mal mit Nastin B. I, nämlich am 9. September, 16. September, 23. September, 3. Oktober, 19. Oktober und 3 mal mit Nastin B. II, nämlich am 26. Oktober, 3. November, 11. November gespritzt.

Es trat dann eine starke allgemeine Reaktion, nämlich Fieber, Durchfall, starkes Hautjucken und Vergrößerung der Flecken auf, so daß ich bei konstantem Bazillenbefund die Nastineinspritzungen aussetzte, besonders da ein anderer Fall nach 7 Nastin-B. I-Einspritzungen mit ähnlichen Folgeerscheinungen entlaufen war. Bei 5 weiteren Fällen wird die Nastinbehandlung fortgesetzt, bis jetzt ohne Einwirkung.

Ebolowa berichtet: Nach den hiesigen Erfahrungen hat das Nastin in einer Anzahl der behandelten Fälle einen Stillstand der Krankheit bzw. eine Hemmung der Krankheitserscheinungen gezeitigt. Über Erfahrungen mit Salvarsan hatte Ebolowa kein abschließendes Urteil. Bamenda: Das Medikament beeinflußt die Krankheit nicht.

Chaulmoograöl. In Molundu schien bei einem Falle, wo die Erkrankung sich auf zwei gering ausgebreitete Stellen beschränkte, die Behandlung mit Chaulmoograöl ein Verschwinden der Eruptionen hervorbringen zu wollen. Das Öl wurde nur äußerlich, konzentriert, 1 mal täglich angewandt. In einem anderen Falle wurde die Diagnose zweifelhaft, da die Eruptionen nach Anwendung von Chaulmoograöl verschwanden.

In Duala zeigten sich bei Antileprol keinerlei Einwirkungen auf den leprösen Prozeß.

Karbol. Jaunde: »Die Karbolbehandlung der Flecken hat in drei weiteren Fällen zu neuer Vernarbung der Flecken und zu einer Art Heilung geführt, d. h. außer der Narbe sind sonst keinerlei Krankheitserscheinungen da. Die Leute sind in poliklinische Beobachtung entlassen. In einem anderen Falle versagte die Behandlung; die gut verheilte Narbe zeigte bald wieder die alten entzündeten Erscheinungen. In zwei Fällen sah ich die Abstoßung von Fingern, einmal des ganzen Kleinfingers, im zweiten Falle die des Endgliedes des Zeigefingers, die nach Fieber und lokaler entzündlicher Schwellung und starken Schmerzen eintrat. Die Wunden vernarbten schnell und gut.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Framboesie.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jaeger.

Vorkommen von Framboesie wird berichtet von Banjo, Bafia, Jaunde, Dume, Molundu, Lomie, Ebolowa. Je weiter nach Süden, um so mehr nimmt sie an Häufigkeit und scheinbar auch an Schwere der Formen zu. In Ebolowa sind stets auch viele Kranke aus den südöstlichen Teilen des Kribibezirks in Behandlung, die immer besonders vernachlässigte und schwere Formen aufweisen. Hier gibt es auch besonders viel Rhinopharyngitis mutilans. Die Eingeborenen in Südkamerun bezeichnen die Frühformen mit Mabatta, die Spätformen mit Mintua. Die Verschiedenheit der Formen ist eine enorme. Auch die von Ziemann (Beiheft 4, 1912 des Archivs für Schiffs- und Tropenhygiene) in Kamerun nicht beobachteten tiefen Rhagaden der Palma manus und Planta pedis mit schlechter Heiltendenz kommen im Süden vor.

Über Behandlung ist nur hervorzuheben, daß in Dume zwei Erwachsene auf je 0,7 g Salvarsan nicht reagierten, sondern erst auf Hg. und Jodkali abheilten. Sonst wird überall von guten Erfolgen mit allen drei Mitteln berichtet.

In Ebolowa wurde in zwei Fällen durch Exzision der nur vereinzelten Himbeerpapeln Heilung erzielt.

Geisteskrankheiten.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Roesener.

Auch in diesem Berichtsjahre sind die Mitteilungen über Psychosen bei Europäern und Eingeborenen recht dürftig. Duala allein berichtet über einige Fälle von Geisteskrankheiten bei Weißen und Farbigen, doch darf aus dem Fehlen von Nachrichten von seiten der übrigen Sanitätsdienststellen nicht geschlossen werden, daß Psychosen im Innern überhaupt nicht oder nur selten vorkommen. Die Autoren beobachteten sonst allerorts Geisteskrankheiten der Neger, am häufigsten Idiotie. Unter dem Einfluß der Kultur begegnet man auch maniakalischen Zuständen, auch progressive Paralyse wird gesehen, seltener melancholische Formen des Irreseins (Buschan, Pathologie des Negers, Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. VI, S. 332). Dann weist neuerdings — im 2. Aprilheft 1910 desselben Archivs — Dr. Austregesino, Professor der medizinischen Fakultät zu Rio de Janeiro, ehemaliger Irrenarzt am Nationalhospiz, in einer Arbeit »über Infektionspsychosen in den Tropenländern« darauf hin, daß Tropenkrankheiten keine Ausnahme von der Regel machen, nach der Infektionskrankheiten Ursache geistiger Störungen sein können; sowohl die akuten Fieberinfektionen, wie Malaria, Gelbfieber, Pest usw., als auch die Infektionen mit chronischem Charakter, wie die Lepra, letztere allerdings seltener, Blut- und Eingeweidewürmer sind Ursache von Dysphrenien, Anchylostomum ist nach seiner Ansicht ein kausales Element von Psychosen. Die Filarienkrankheit dürfte ebenso hierher gehören.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Schlafkrankheit (Trypanosomiasis) bewirkt psychische Alterationen. Auch Beriberi gehört hier her. Die Cystericercosis cerebralis bringt psychische Modifikationen hervor, wie sie bei cerebralen Tumoren auftreten. Bei dem gehäuften Vorkommen der meisten dieser Krankheiten in Kamerun ist das fast vollständige Fehlen jeglicher Nachricht über Psychosen, die durch und im Anschluß an jene Krankheiten entstanden sind, zu verwundern. Sicherlich ist ja bei der Frage der Psychosen beim Neger noch manches ungeklärt. Ein Hauptgrund hierfür ist aber der alte Aberglaube des Negers, daß Geisteskranke jeder Art von irgendeinem bösen Geist besessen sind, der für die Ursache der geistigen Erkrankung gehalten wird. Mit jäher Ängstlichkeit wacht nun der Naturmensch darüber, daß ja kein Weißer in die Geheimnisse eindringt, er versucht deshalb auch auf alle mögliche Weise, seinen geisteskranken Stammesgenossen dem Weißen, insbesondere aber dem Arzt, zu verbergen, da er irgendwelche Maßnahmen befürchtet, die den Geist erzürnen und zur Rache an den Kranken oder seinen Verwandten veranlassen könnten. An den Fortschritten der Kultur und mit dem Vordringen der Missionen bricht die Macht dieser Geister, und daraus erklärt sich auch die Tatsache, daß in Duala mehrere Fälle von Geisteskrankheiten bei Farbigen zur Beobachtung des Arztes kamen.

Duala berichtet darüber: »Je mehr die Bedeutung der europäischen Medizin den Farbigen klar wird, um so mehr häufen sich auch die Beobachtungen über Fälle von Geisteskrankheiten bei den Farbigen. Während früher allgemein die geistigen Erkrankungen als ein Produkt überfeinerter Kultur angesehen und Geisteskrankheiten bei den Farbigen als ungemein selten hingestellt wurden, macht sich jetzt immer mehr das Bedürfnis nach einem Irrenhaus für Farbige (wie eines in Ostafrika in Lutindi unter Leitung der Mission bereits besteht) geltend. Die Errichtung desselben wird bald zu einer zwingenden Notwendigkeit werden. Es finden sich bei den Farbigen wohl alle die Krankheitsbilder im afrikanischen Gewande wieder, die wir auch in der Heimat kennen. Es ist natürlich, daß zunächst die gewalttätigen und lästigen Irren dem Arzt zugeführt werden, während diejenigen Formen des Irrseins, die auch in Europa den Laien oft nicht als Geisteskrankheit erscheinen, zunächst noch den Buschdoktoren verbleiben. Diese behaupten, Heilmittel gegen die Geisteskrankheiten zu besitzen und erlangen ihren Ruhm dadurch, daß sie Fälle behandeln, die nach einiger Zeit von selbst in Heilung übergehen. Für ihre Bemühungen lassen sich diese Leute teilweise sehr hoch bezahlen.

Bei Europäern wurden zweimal Intoxikationspsychosen behandelt. Bei dem einen war auf chronisch-alkoholischer Grundlage eine akute Verwirrtheit mit Beeinträchtigungswahn entstanden. Der Kranke drohte, seine Vorgesetzten zu erschießen. Unter der Behandlung besserte sich der Zustand, der Kranke konnte glücklich in die Heimat abgeschoben werden.

Der zweite Kranke hatte in der Heimat vor $^3/_4$ Jahren einen schweren Schädelbruch in der Gegend der linken Schläfe erlitten, war 10 Tage bewußtlos und längere Zeit sehr nervös gewesen. Er war dann wieder tropendienstfähig befunden worden. hatte aber im Schutzgebiet unter Tagblindheit und Schlaflosigkeit sehr zu leiden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Um seine Nerven zu beruhigen und Schlaf zu erzielen, griff er zu Veronal und anderen Schlafmitteln. Er geriet dadurch allmählich in einen verwirrten Zustand, in dem er so reizbar war, daß eine Gefahr für seine Umgebung bestand. Er wurde deshalb auf Grund eines ärztlichen Attestes in die Heimat geschickt.

Von den ins Krankenhaus eingelieferten 3 kranken Farbigen litt ein Krujunge an Delirium und starb. Ein anderer Eingeborener, ein herkulisch gebauter Mann, wurde an einem Nachmittag durch einen Polizeisoldaten herangeführt. Als Sicherung diente eine dünne Schnur um ein Handgelenk. Als er den Berichterstatter, der gerade operierte, sah, machte er mit wütender Gebärde einen Angriff, ließ aber auf halbem Wege sich beruhigen. Von oben bis unten beschmiert, trug er zwei Stiefel, die innen mit Kot angefüllt waren. Zuerst erklärte er, er sei von Gott gesandt und habe den Auftrag, alle Weißen zu töten. Auf freundliches Zureden verbesserte er sich dahin, er solle alle Schwarzen töten, eine große Brücke von Kamerun nach Deutschland bauen u. dgl. m. Abwechselnd heulte, lachte, predigte oder tanzte er, er sprach dabei in etwa 7 Sprachen. Nachts brüllte er so, daß die Nachtruhe der Bewohner der Joßplatte ernstlich gestört wurde. Er zerriß die Zwangsjacken, entledigte sich der Handfesseln, zertrümmerte mit den zerbrochenen Bettstellen das Mauerwerk der Gebäude, lief in die Stadt und versuchte Feuer anzuzünden.

Da die Gebäude des Hospitals nicht ausreichten, wurde er in das Gefängnis des Eingeborenenschiedsgerichts gebracht, von hier aber entfloh er. Er soll schon lange Zeit an Manie gelitten haben.«

Ein weiterer Geisteskranker — ein Soldat — mußte wegen Mangels einer passenden Unterkunft auf der Wache seiner Kompagnie untergebracht werden.

Solche Fälle lassen die baldige Errichtung einer zentralen Irrenanstalt für geboten erscheinen.

Geschlechtskrankheiten.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jäger.

Über die zunehmende Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten wird in allen Berichten geklagt. Nur an Orten mit besonders günstigen Verhältnissen, z. B. Molundu, das von unbewohntem Urwald umgeben ist, und Lomie, das ganz ähnliche Verhältnisse aufweist, kann eine wirksame Kontrolle seitens des Arztes stattfinden. Daß sie auch sonst nicht ganz wirkungslos ist, berichtet Garua und hat sich auch in Ebolowa gezeigt. Aber wenn z. B. aus Kusseri berichtet wird, daß sich die gesamte weibliche Bevölkerung prostituiert und die Geschlechtskrankheiten an Zahl alle anderen überragen, wenn man den kolossalen Trägerverkehr im Süden bedenkt, der andauernd fast die ganze männliche und sogar einen Teil der weiblichen Bevölkerung in Bewegung hält, und erwägt, daß sich diese letztere fast ausnahmslos prostituiert, so wird es klar, wie wenig die wenigen kontrollierten und behandelten Fälle für die Volkshygiene zu bedeuten haben. Die Rückwirkung der Verbreitung der

Gonorrhoe

auf die Europäer ist eine betrübende. 40 waren mit Tripper und Nebenhodenentzündung in Behandlung und viele an Orten mit und ohne Arzt behandeln sich selbst. Über Maßnahmen, um der Gonorrhöe wirksam entgegenzutreten, wird noch von keiner Seite berichtet. Aus Lomie und Kusseri wird hervorgehoben, daß die Gonorrhöe meist

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ohne Komplikationen verläuft und ernste Fälle selten sind. An anderen Orten sind Nebenhodenentzündungen, Prostatahypertrophie, Harnröhrenfisteln, Blennorrhoen, Bubonen, Blasenkatarrh und Feigwarzen behandelt worden. In Banjo wurde eine Hirnhautentzündung beobachtet, die als Metastase von einer gonorrhoischen Handgelenksentzündung aufgefaßt wurde.

Syphilis.

Daß die Syphilis gleichfalls im Zunehmen begriffen ist, kann keinem Zweifel unterliegen. In den Berichtsjahren waren die Ziffern für behandelte Europäer:

	1908/09	1909/10	1910/11	1911/12
	24	15	18	69

bei den Farbigen:

105	175	401	319

Bezüglich der Behandlung mit Salvarsan, über die von allen Seiten günstige Resultate vorliegen, spricht sich ein Bericht aus Duala dahin aus, daß möglichst große Dosen gegeben werden sollen, da mit kleinen Dosen, auch wenn sie kurz hintereinander gegeben waren, keine genügende Wirkung erzielt würde. Das Urteil gründet sich mit auf einen Fall, der zwei intramuskuläre Injektionen kurz nacheinander erhalten hatte, dann aber nach einigen Monaten in Kribi an einer Halbseitenlähmung erkrankte, trotzdem er nach der zweiten Injektion sehr starke Herxheimersche Reaktion gezeigt hatte.

In Kribi wurde der Patient nach der dortigen Gepflogenheit intramuskulär mit 4 mal 0,25 g in 3- bis 4 tägigen Pausen behandelt. »Die Genesung ging ungemein rasch vor sich. Der Patient konnte bereits nach 4 Wochen wieder ohne Unterstützung laufen.«

Ein interessanter Fall wird von Dr. Külz aus Kribi berichtet:

»Wegen Bubonenerkrankungen sind in der Berichtszeit 13 Europäer operiert worden, das sind 16% aller Zugänge. Unter diesen befinden sich 4, bei denen sich an einen anfänglichen Bubo ein in Kamerun bisher noch nicht bekanntes Leiden, ein venerisches Granulom, anschloß. Ich lasse als Typ den Auszug der Krankengeschichte eines der Patienten folgen:

Zugang am 2. Juli 1911 mit Tripper, Ulcus molle und Bubo. Erstere beiden Krankheiten heilten in verhältnismäßig kurzer Zeit aus, und auch die Wunde des am 4. Juli inzidierten Bubo war nach 4 Wochen so weit geheilt, daß ich mich dem Wunsche des nach Entlassung verlangenden Kranken nicht widersetzte. Am 16. September stellte er sich wieder vor. Anstatt der erwarteten ungestörten Genesung ergab sich folgender Befund: Im Anschluß an den äußeren Wundwinkel des kleinen Bubonenschnittes hat sich ein Geschwür gebildet, das die ganze Leistengegend von der Peniswurzel an bis fast zur Spina ant. sup. in einer Breite von 4 bis 6 cm einnimmt. Ränder des Geschwürs buchtig, leicht erhaben, innerhalb der Geschwürsfläche mehrere intakte Epidermisinseln. Geschwürsgrund mit leicht blutenden Granulationen bedeckt, die ein reichliches, fade riechendes Sekret absondern. Die Lymphdrüsen sind unbeteiligt, der ganze Prozeß ist auf die Cutis beschränkt. Die Partien jüngeren Datums sind bei Berührung schmerzhaft, die älteren nicht. Die Haut des Geschwürrandes zeigt mehrere blauschwarz verfärbte, stecknadelkopf- bis linsengroße nekrotische Stellen. Patient blieb erneut bis Anfang Januar 1912

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

im Hospital. Es gelang trotz aller therapeutischen Bemühungen nicht, das Geschwür zur Verkleinerung, geschweige denn Ausheilung zu bringen. Allerdings wurde eine von mir vorgeschlagene gründliche Auskratzung von dem sehr ängstlichen Patienten ausgeschlagen. Innerlich wirkte am ehesten noch Jodkali in großen Dosen auf das Aussehen des Geschwürs ein. Äußerlich wurden antiseptische Verbände aller Art versucht, aber stets trat nach zeitweiliger Epidermisbildung im Zentrum oder der Peripherie ein Umsichgreifen des Prozesses an einer anderen Stelle auf, angekündigt durch die oben erwähnten nekrotischen Herde. Der Kranke suchte ungeheilt die Heimat auf.

Bei den übrigen 3 Kranken schloß sich gleichfalls an einen Bubo ein Geschwür mit demselben Charakter an, nur einer von ihnen genas bisher nach 9 Monaten.

Unter den Eingeborenen, bei denen doch die Infektionsquelle gesucht werden mußte, hatte ich bisher weder einen verdächtigen Fall gesehen, noch von einem solchen gehört. Diese Lücke wurde aber bald dadurch ausgefüllt, daß aus dem Campogebiet ein Eingeborener hier Hilfe suchte, der eine Kopie des oben geschilderten Falles darstellte. Sein Leiden bestand seit 4 Monaten. Es gelang, ihn nach 4 Monaten energischer Auskratzung binnen 6 Wochen unter Jodoformverbänden zur Ausheilung zu bringen. In derselben Gegend hatte sich auch der zuerst erkrankte Europäer seine Infektion zugezogen. Es muß vorläufig dahingestellt bleiben, ob das venerische Granulom schon längere Zeit dort heimisch ist, oder ob es nicht vom benachbarten spanischen bzw. französischen Gebiete erst neuerlich eingeschleppt wurde, wohin es weiter durch Spanier oder Franzosen aus einem mit Granuloma venereum verseuchten anderen Kolonialbesitze dieser Nationen gebracht worden sein könnte. Ein zweiter Weg der Einschleppung ist noch möglich, und zwar vom Adamauagebiete her. Es befinden sich in Campo eine Anzahl von dort verbannter Neger. Nach Angabe der hiesigen Eingeborenen sollten sie die Krankheit mitgebracht haben. In der Tat ließ sich unter ihnen ein Weib mit venerischem Granulom ermitteln.«

Anschließend sei die dazugehörige Bemerkung von Werner aus Beiheft 4, Jahrgang 1912 des Archivs für Schiffs- und Tropenhygiene wiedergegeben:

»Zu der Mitteilung von Siebert möchte ich erwähnen, daß ich kürzlich von Herrn Regierungsarzt Külz in Südkamerun schriftlich die Nachricht erhielt, daß er bei weißen und farbigen Patienten in Südkamerun Hauteffloreszenzen beobachtet habe, bei denen er den Verdacht auf venerisches Granulom habe. Gleichzeitig gingen mir von Herrn Külz Ausstriche aus diesen Effloreszenzen zu, die ich Herrn Rocha (Lima) zur Durchsicht übergab. Herr Rocha (Lima) fand in diesen Ausstrichen Gebilde, die er für identisch hielt mit denen, welche von Donovan, Siebert und Flu bei venerischem Granulom gefunden worden sind.

Sollten sich diese Fälle als venerisches Granulom bestätigen, so würde dieser Befund von beträchtlicher Bedeutung für unsere Kenntnis der Pathologie Südkameruns und für die hygienischen Verhältnisse dieses Landes sein.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Chirurgie.

Bearbeiter: Oberstabsarzt Dr. Gühne.

Während die Eingeborenen des hiesigen Schutzgebiets im Vergleich zu den Europäern wenig widerstandsfähig gegen innere Krankheiten — vor allem die der Lungen und der Unterleibsorgane — sind, ist ihre geringe Empfindlichkeit gegen äußere Erkrankungen einschließlich sämtlicher chirurgischen Eingriffe auffallend. Ob diese Tatsache lediglich für tropische Gegenden gilt, oder ob sie bei der Negerrasse überhaupt die Regel ist, wird die Zukunft lehren. Jedenfalls ist es erwiesen, daß bei ausgedehnter Poliklinik fast täglich Kranke mit gänzlich vernachlässigten, bis auf die Knochen gehenden Geschwüren oder schweren Verletzungen aus dem »Busch« gleichgültig und ohne jede Schmerzensäußerung in Zugang kommen, anderseits dagegen solche mit geringfügigem Fieber oder leichten Bronchialkatarrhen den Eindruck von Schwerkranken machen. Eine Erklärung dafür zu finden, ist schwierig.

Vielleicht haben sich im Organismus des hiesigen Negers, dessen Füße fast stets leicht infizierbare Wunden und Risse aufweisen, dessen Unterschenkel vielfach Geschwüre darbieten und bei dem die Lymphdrüsen in den Leistengegenden wohl immer geschwollen sind, infolge der wiederholten Infektionen von früher Kindheit an Schutzstoffe gegen die Eitererreger gebildet. Vielleicht ist die Widerstandsfähigkeit auch auf klimatische Einflüsse zurückzuführen, denn erfahrungsgemäß heilen infizierte Wunden in den Tropen im großen und ganzen auch bei Europäern schneller als daheim, jedoch bei weitem nicht in einer derartigen Weise wie bei Negern.

Unter diesen Umständen läßt es sich erklären, daß die Leistenbrüche nach der Operation eine recht günstige Heilungstendenz haben. Wenn man bedenkt, daß meist ältere, oft schwächliche Personen ihren jahrelang bestehenden Bruch operieren lassen, so ist das Resultat der Heilungen ein vorzügliches. Dabei sind diese Brüche sehr oft kompliziert, hauptsächlich mit Verwachsungen der Blase. Überhaupt gibt es wohl keine in den chirurgischen Lehrbüchern erwähnte Komplikation, welche hier nicht vorkommt. Brüche, bis zu den Knien reichend, mit fast faustgroßer Bruchsacköffnung sind durchaus keine Seltenheiten. Gleichwohl ist die Zahl der Rezidive nicht häufiger als in einem modern eingerichteten Krankenhause in Europa. Auch das Ergebnis der eingeklemmten Brüche ist nicht schlecht, wenn man in Betracht zieht, daß die Eingeborenen bei ihrer angeborenen Gleichgültigkeit mit einem eingeklemmten Bruch den Arzt frühestens nach 24 Stunden, mitunter erst nach 2 bis 4 Tagen, aufsuchen.

Besonders muß hervorgehoben werden, daß die Operationen sehr häufig lediglich mit gering geschulten farbigen Heilgehilfen stattfinden und selbst in Duala in einem nach zwei Seiten offenen überdachten Raum ausgeführt werden, in welchem die Poliklinik vorher abgehalten wird. Von einer besseren Sterilisierung oder größeren Technik des hiesigen Operierens ist selbstverständlich keine Rede, also liegt ohne

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zweifel der Grund zu den guten Erfolgen in dem operierten Individuum, dem Neger, welcher die großen Eingriffe leichter aushält als der Europäer.

Je mehr nun der Farbige Vertrauen zu der Tätigkeit des weißen Arztes faßt, desto mehr steigert sich der Zugang an chirurgischen Fällen, vor allem an Leistenbrüchen. In Duala ist er außerordentlich hoch, und es nimmt nur wunder, wie groß im Verhältnis zur Gesamtzahl der Eingeborenen die der Bruchkranken ist.

Operiert wurden:

Ort	Zahl der Leistenbruch-operationen	ein-fache	geheilt	ge-storben	einge-klemmt	geheilt	ge-storben
Duala	166 (1)	152 (1)	149	3	14	8	6
Kribi	18 (1)	12 (1)	12	.	6	4	2
Victoria	.	.	.	.	.	.	.
Jaunde	10	10	9	1	.	.	.
Ebolowa	1	1	1	.	.	.	.
Dume	5	5	.	.	.	.	.
Bamenda	4	4	4	.	.	.	.
Banjo	8	8	7	1	.	.	.
Dschang	2	2	2	.	.	.	.
Lomie	3	2	2	.	1	1	.
Edea	14	14	14	.	.	.	.
Summe	231 (2)	210 (2)	200	5	21	13	8

(Die eingeklammerten Zahlen bedeuten Europäer.)

Allgemein wurde nach Bassini, in einzelnen Fällen nach Kocher operiert.

Weitere chirurgische Eingriffe wurden im Berichtsjahre vielfach ausgeübt. Aus der Zahl der schweren Fälle sind folgende erwähnenswert oder für die hiesigen Verhältnisse bezeichnend:

Ein Kaufmann in Kribi, der, auf dem Fahrrad sitzend, sich mittels eines an der Lenkstange befestigten Seiles von einem Motor hatte ins Schlepptau nehmen lassen, wurde dabei mit großer Gewalt zu Boden geschleudert, eine größere Strecke weit unter stetem Aufschlagen des rechten Beines auf den Boden weitergeschleift und trug dadurch eine komplizierte Kniegelenksfraktur davon. Die Weichteilwunden waren harmloser Natur; um so ernster die teils durch direkte, teils durch indirekte Gewalt bewirkten Knochenverletzungen. Es war fraktuiert der Condyl. ext. femoris sowie das Capitul. fibulae, vielleicht auch ein Condyl. tibiae, ferner luxiert ein Semilunarknorpel, dessen Aus- und Einschnappen bei passiven Bewegungen fühl- und hörbar war. Nur in Narkose war bei dem durch Bluterguß stark geschwollenen Gelenk einigermaßen eine Konstatierung des Befundes möglich.

Behandlung: Während der ersten 9 Tage bis zum Schwinden der Schwellung Ruhigstellung in einer T-Schiene, darauf Anlegen eines Gipsverbandes (Assistenz eines Schiffsarztes) unter nochmaliger Kontrolle der Fragmente in Narkose für 14 Tage. Danach Streckverband unter täglichen passiven Bewegungen. Nach 5 Wochen erste Gehversuche. Patient wurde nach $5^1/_2$ Wochen, an 2 Stöcken

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

mühsam gehend, entlassen. Jetzt nach 9 Wochen ist ihm das Gehen an einem Stock möglich. Beugungs- und Streckungsfähigkeit des Gelenks fast normal. Es besteht indessen eine leichte Varusstellung des rechten Unterschenkels, zu deren Beseitigung ein entsprechender Schienenapparat aus Deutschland bestellt wurde.

In Dschang wurde ein komplizierter Schienbeinbruch, durch Schlag mit einem schweren Stein entstanden, mit stark zersplittertem Schienbein eingeliefert. In die beiden Bruchenden war ein Rotholzstab eingekeilt, die Wunde war stark vereitert. Entfernung des Rotholzstabes, der Knochensplitter und mehrfacher, sich allmählich bildender Sequester in mehreren Sitzungen in Narkose. Die Gehfähigkeit wird erhalten bleiben.

In Molundu hatte sich ein farbiger Händler den Hals durchgeschnitten, weil er angeblich bestohlen worden war. Der Schnitt ging durch den Kehlkopf und durchtrennte den Schildknorpel vollständig. Die großen Halsgefäße waren unverletzt geblieben. Nach Vornahme der Tracheotomie wurden Schildknorpel und Kehlkopfmuskulatur mit Katgut, die Hautwunden mit Seide genäht. Die ersten 3 Tage ging nun alles auch ganz gut. Patient schien dann aber Verfolgungsideen gehabt zu haben, jedenfalls entlief er am 4. Tage aus dem Hospital und trieb sich 2 Tage im Busch herum. Sehr abgemagert wurde er schließlich gefunden. Der Verband war weg, Seiden- und Katgutnähte waren herausgerissen, ebenso die Trachealkanüle. Die ursprüngliche Schnittwunde sah übel und schmutzig aus. Es wurde wieder eine Trachealkanüle eingesetzt, dagegen von einer erneuten Naht der Wunde Abstand genommen. Die Ernährung geschieht mit der Schlundsonde. In elendem körperlichen Zustande bleibt er im Bestande.

Bei einem Verletzten in Banjo handelte es sich um Pfeilschüsse in das linke Auge und den Rücken.

Der Kranke kam 6 Tage nach der Verletzung in Behandlung. Das linke Auge war vollständig vereitert, der Bulbus vorgetrieben. Die sofort vorgenommene Bulbusenukleation und breite Eröffnung der phlegmonösen Rückenwunde hatte keinen Fieberabfall zur Folge. Die 8 Tage später vorgenommene Ausräumung des gesamten Augenhöhleninhalts hatte keinen Erfolg. Der Kranke starb unter den Erscheinungen einer Meningitis. Die Sektion ergab eitrige Meningitis, wahrscheinlich ausgegangen von einer Verletzung des Orbitaldaches, die bei der Operation übersehen war, sich von der orbitalen Seite auch nur als kaum erkennbare Fissur darstellte, an der meningealen Seite aber leicht gesplittert war. Die hochgradige subkutan und intramuskulär gelegene Rückenphlegmone, welche durch Einschnitte, Dränage und tägliche Durchspülungen am Fortschreiten nicht gehindert werden konnte, habe ich mir nur durch Wirkung eines Pfeilgiftes erklären können.

In Ebolowa wurde eine eigentümliche Zerreißung innerer Organe bei einem Eingeborenen beobachtet. Es handelte sich hier um einen Anus präternaturalis. Patient ist ein 50—60 Jahre alter Mann und hat vor einer Reihe von Jahren von dem Horn einer Buschkuh eine tiefe Wunde davongetragen, die den Darm durchbohrte und nach langwieriger Eiterung als ein regelrechter Anus präternaturalis ausgeheilt ist, den Patient durch eine kleine Lederpelotte verschlossen hält. Die abwärts liegenden Darmteile und der natürliche After sind nebenher tätig. Patient fühlt sich völlig wohl, ist gut genährt und fähig zu jeder gewöhnlichen Farmarbeit.

Endlich ist noch hervorzuheben in bezug auf Geschwülste, daß im Schutzgebiet eine große Zahl der gleichen Art vorkommen, wie sie in der Heimat beobachtet werden, z. B. Fibrome, Hygrome, Myome, Lipome, Chondrome. Von den bösartigen sind es vor allen Sarkome, weniger Karzinome, welche von Jahr zu Jahr mehr in Behandlung erscheinen. Auch hier wurde die Erfahrung gemacht, daß bei Sarkomen die Kranken durchaus nicht immer kachektisch, sondern im Gegenteil recht gut genährt sind. Leider entziehen sich die Farbigen, sobald ein Eingriff wegen der Inoperabilität der Geschwülste nicht

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ausgeführt wird, sofort der Behandlung. Infolgedessen kamen derartige Fälle meist ambulant vor und verschwanden nach kurzer Zeit auf Nimmerwiedersehen.

Unterschenkelgeschwüre.

Bearbeiter: Stabsarzt Dr. Jäger.

Zu der noch unklaren Ätiologie der Unterschenkelgeschwüre wird in den vorliegenden Berichten nicht Stellung genommen. Im Süden der Kolonie ist es bei dem hohen Prozentsatz der Durchseuchung mit Framboesie auch sehr schwer, sich durch das mikroskopische Bild oder ex juvantibus für oder gegen die Zugehörigkeit zu dieser Krankheit auszusprechen. Die Zahl der geübten Behandlungsmethoden ist fast so groß wie die Zahl der Berichte.

In Dschang bewährte sich ein 2 mal täglich gewechselter feuchter Verband mit Lysol 1:100, der den scharfen Löffel, wie Ätzungen mit Karbol oder Jodtinktur entbehrlich machte.

Banjo berichtet über erfolgreiche Hauttransplantationen.

Ein besonders vernachlässigter Fall in Duala machte die Amputation des Unterschenkels nötig. Danach schnelle Erholung der sehr dekrepiden Patientin.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

III. Togo.

A. Lome.

Berichterstatter: Medizinalrat Dr. Krüger.

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Im Bezirk Lome war ein Regierungsarzt tätig. Im Königin-Charlotte-Krankenhaus wurde die Krankenpflege durch 2 Schwestern vom Roten Kreuz ausgeübt.

An eingeborenem Personal standen dem Regierungsarzte für den Dienst in der Poliklinik, im Krankenhaus für Eingeborene, Operationszimmer, Laboratorium und in der Apotheke 6 Heilgehilfen zur Verfügung. Im Europäerkrankenhaus waren für den niederen Krankendienst 5 Krankendiener tätig.

Die Malariabekämpfung durch Aufsuchen der Mückenbrutplätze wurde von 6 farbigen Hilfskräften (Gesundheitsaufsehern) ausgeübt.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Zu den im Vorjahre erwähnten Krankenhausbauten kam in diesem Jahre ein Absonderungshof für leicht übertragbare Krankheiten hinzu. Er liegt mit Rücksicht auf die Unterbringung von Gelbfieberkranken etwa 500 m von der Ostgrenze der Stadt entfernt. Er besteht aus zwei mit massiven Mauern umschlossenen Höfen. Der Eingang erfolgt durch ein Torhaus, das gleichzeitig die Wohnung für den Wärter enthält und durch Tore nach dem Hofe und der Außenwelt abgeschlossen ist.

Im Hofe liegt ein massives Gebäude, welches 3 Räume für 24 Kranke enthält. Getrennt davon in einem Winkel an der Landseite liegt Badezimmer und Abort.

Der Wasserversorgung dient eine Pumpe. Die Fäkalien und sonstigen Abfallstoffe werden, ev. nach Desinfektion, in die in nächster Nähe (40 m) liegende See geschüttet.

Innerhalb der Höfe ist noch genug Platz zur Errichtung von Baracken, falls die vorhandenen Räume nicht ausreichen sollten. Die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

beiden Absonderungshöfe sind noch von einem gemeinsamen Drahtzaun umgeben. Zwischen diesem und der Mauer patroulliert ein Wachposten.

Die Räume in diesen Absonderungshöfen sind nur für Eingeborene bestimmt. Für Europäer ist ein zweckdienliches Isolierkrankenhaus noch nicht vorhanden. Die bestehenden Räume reichten in diesem Jahre, wie auch schon früher, öfters nicht aus. Namentlich stieß die Absonderung der Infektionskranken auf große Schwierigkeiten. Wiederholt mußte von der Aufnahme ins Krankenhaus abgesehen werden.

2 Fälle (Typhus und Dysenterie) mußten dem Krankenhaus in Anecho überwiesen werden, obwohl gerade dem Transport solcher Kranker große Bedenken entgegenstehen.

Der in Aussicht genommene Erweiterungsbau wird einem lange gefühlten Bedürfnisse abhelfen.

Ebensowenig reichte das Krankenhaus für Eingeborene aus. Auch hier war die bisweilen notwendige Absonderung von Kranken oft nicht durchzuführen. Die kranken Gefangenen (auch an leicht übertragbaren Krankheiten leidende) mußten fast durchweg im Gefängnisse bleiben.

3. Unterkunft für Europäer und Farbige.

In den Wohnungsverhältnissen der Europäer hat sich nichts geändert.

Das Bestreben der Eingeborenen nach besseren Wohnungen hat sich auch in diesem Jahre durch Errichtung massiver Gebäude aus Ziegel- oder Zementsteinen betätigt.

4. Verpflegung der weißen und eingeborenen Bevölkerung.

Die Verpflegung der Europäer war wie in den früheren, so auch in diesem Jahre mit Schwierigkeiten nicht verbunden. Einen Fortschritt in der Verbesserung der Nahrungs- und Genußmittel bedeutet der Betrieb zweier Eismaschinen, von denen die eine das Eis käuflich abgibt.

Die Ernährung der Eingeborenen war infolge allgemeiner Teuerung erschwert. — Infolge des Aufhörens des Regens im Juni hatte nur der ganz früh gesetzte Mais nennenswerte Erträge geliefert. Der Preis dieses wichtigen Nahrungsmittels stieg in Südtogo am Ende der Trockenzeit auf das siebenfache. Auch die für die Küstenbewohner wichtige Knollenfrucht (Kassada) hatte durch die Dürre so gelitten, daß sie auf weniger feuchten Böden vertrocknete und dadurch ungenießbar wurde.

Die Preissteigerung des Reises trug noch dazu bei, die Ernährung der Bevölkerung zu erschweren.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

5. Wasserversorgung.

In der Wasserversorgung ist eine Änderung gegen früher nicht eingetreten. Da diese aber mit Rücksicht auf die Bekämpfung der Darminfektionskrankheiten unabweisbar notwendig wird, sind für das nächste Jahr Mittel zur Untersuchung auf die Möglichkeit einer Zentralwasserversorgung bereitgestellt.

6. Abfuhrwesen.

Das Abfuhrwesen ist durch Einführung zweckmäßiger Eimer zunächst für die Beamtenstadt verbessert worden. Da sich diese bewährt haben, so ist die Einrichtung von Privataborten und die Abfuhr der Fäkalien und sonstiger Abfallstoffe für die ganze Stadt (Europäer und Eingeborene) ins Auge gefaßt.

7. Boden.

Ganz besonders umfangreich wurde der Busch im Westen der Stadt beseitigt. Früher gerodete Flächen wurden wiederholt gesäubert.

Die Sandgrube im Westen der Stadt wurde über die Marke des höchsten Grundwasserstandes hinaus aufgefüllt.

Mit der Zuschüttung der Sandgrube im Osten der Stadt ist begonnen. Die Arbeit dürfte beendet sein, wenn das Grundwasser zu steigen beginnt. Zwei tiefe Wassertümpel, und zwar einer in der Vorlagune, einer in der Hauptlagune zu beiden Seiten der Misahöhestraße, die gerade im Norden der Stadt lagen, sind auf die Höhe des Lagunenbettes aufgefüllt. Dadurch ist ein Hauptbrutherd der Stechmücken beseitigt.

Es werden zur Zeit an der Hand bereits früher angestellter Ermittlungen die Untersuchungen über endgültige Trockenlegung der Lagune fortgesetzt.

8. Klima.

Das Klima zeichnete sich durch starken Regenfall in den ersten Monaten des Berichtsjahres aus und durch plötzliches Aufhören des Regens mit dem Monat Juni. In den Monaten vom 1. Juni 1910 bis 31. Mai 1911 fielen in Lome 1250 mm Regen, eine Wassermenge, wie sie, solange Regenmessungen in Lome vorgenommen sind, auch nicht annähernd erreicht wurde. Die Folge war ein außergewöhnlicher Hochstand des Grundwassers und eine lange anhaltende und weit ausgedehnte Wasseransammlung in der Lagune. Trotzdem der Regen bereits im Juni aufhörte, verschwand das Wasser erst Ende November vom allgemeinen Lagunenbett im Norden der Stadt, hielt sich aber in den Tümpeln bis Anfang April. Die Lagune nordöstlich von Lome (bei Gr. Be) blieb dauernd in sehr großer Ausdehnung unter Wasser.

9. Begräbniswesen.

Änderungen im Begräbniswesen und in der Organisation des Sanitätswesens kamen nicht vor. Quarantäne wurde nicht verhängt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

II. Gesundheitsdienst.

10. Seuchenbekämpfung.

Die Malariabekämpfung wurde wie früher durch Aufsuchen von Mückenbrutstätten durch eingeborene Angestellte ausgeübt. Durch Beseitigung des Busches und Grases wurden die Schlupfwinkel der Mücken vermindert. Durch Auffüllen der Sandgruben und von Lagunentümpeln wurden die Brutstätten der Mücken verringert. Trotzdem der Regen bereits im Juni nachließ, traten infolge der ausgedehnten Wasseransammlung in der Lagune und in den Sandgruben Mücken in sehr großer Menge auf, nahmen Ende Juli infolge kühler Witterung ab, nahmen im September und Oktober an Häufigkeit wieder zu, um dann bis zum Ende des Berichtsjahres allmählich sich zu verringern. Die persönlichen Schutzmaßregeln bestanden außer im mechanischen Schutz (Mückenschutznetze, Gazekasten) in Chininprophylaxe. Alle Arten dieser waren vertreten. Bei weitem die Mehrzahl befolgte die Wochenprophylaxe (an 2 aufeinanderfolgenden Tagen jeder Woche zusammen 1,5—2,0 g). Mit Abnahme der Mücken Ende Dezember unterließen viele Europäer die Chininprophylaxe. Die Folge davon war ein Ansteigen der Erkrankungen.

Mit Beginn der Regenzeit traten die Pocken im Bezirk Lome-Land auf. Die Seuche nahm eine seit vielen Jahren nicht beobachtete Ausdehnung und auch den Eingeborenen unbekannten bösartigen Verlauf. Ebenso häufig waren nach Berichten die Erkrankungen auf dem benachbarten Gebiet der englischen Goldküste.

In Lome-Stadt kamen nur wenige Infektionen vor. Es wurden im ganzen 159 Eingeborene behandelt. Davon waren 27 Personen in Lome infiziert. Die anderen wurden teils von benachbarten Dörfern in das Krankenhaus gebracht, teils waren sie außerhalb der Stadt (im Bezirk Lome-Land und in der Goldküste) infiziert.

Die Sterblichkeit betrug im Krankenhaus 16,3%. Im Bezirk Lome-Land soll sie beträchtlich höher gewesen sein.

Von den behandelten Kranken waren 25%, von den Gestorbenen 33% in den letzten 5 Monaten mit Erfolg geimpft.

Es wurden umfangreiche Impfungen vorgenommen, in Lome und nächster Umgebung meist unter ärztlicher Aufsicht. Es wurden hier 17 282 Personen geimpft. Soweit sich aus der Kontrolle der zur Nachschau sich einstellenden Impflinge schließen läßt, betrug der Impferfolg durchschnittlich 70%. Im Bezirk Lome-Land wurden weitere 7 457 von eingeborenen Heilgehilfen geimpft. Eine viel größere Anzahl wurrde noch durch einen europäischen Beamten geimpft.

Die Lymphe wurde zum geringen Teil vom staatlichen Impfinstitut in Hamburg bezogen (Trocken-, Glyzerin- und Lanolinlymphe), zum größten Teil in Lome (einmal in Sokode) durch einen Heilgehilfen) durch Verimpfung von Trockenlymphe auf Kälber und Verarbeitung zu Glyzerinlymphe hergestellt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verimpfung von Pockenpustelinhalt auf Kaninchen hatte einmal Erfolg. Diese Kaninchenlymphe wurde mit mäßigem Erfolg auf ein Kalb übertragen. Die Weiterverimpfung auf Kälber konnte, da Impftiere nicht aufzutreiben waren, erst nach 14 Tagen erfolgen. Da Eis nicht zur Verfügung stand, war die Lymphe unwirksam geworden.

Die anderen Regierungsarztstellen und die Bezirksämter wurden meist mit in Lome hergestellter Lymphe versorgt.

Vereinzelt kam es vor, daß die mit Togoglyzerinlymphe hervorgerufenen Pusteln sich erst nach 10 Tagen zur vollen Höhe entwickelt hatten. Sonst war ein Unterschied in der Reaktion der mit hiesiger oder eingeführter Lymphe erzeugten Pusteln nicht erkennbar. Impfschädigungen nennenswerter Art wurden nicht beobachtet. Von mehreren hundert Impflingen, die mit starker Reaktion der Impfpusteln die Sprechstunde aufsuchten, hatten nur 3 eine Infiltration an der Beugeseite des Oberarmes, und etwa 20 klagten über Schmerzen in der Achselhöhle mit bis haselnußgroßen Drüsen.

Diese gingen nach Einreiben mit grauer Salbe, jene nach Umschlägen mit essigsaurer Tonerde zurück.

Sonst konnten keine Krankheiten mit der Impfung in Zusammenhang gebracht werden. Die gleichen Erfahrungen machte der mit der Impfung im Bezirk Lome-Land betraute Leutnant Heilingbrunner.

Gegen Ende des Berichtsjahres traf zum Studium der Seuche der auf dem Gebiete der Pockenkrankheit und der Impfung wissenschaftlich tätige Dr. Paschen ein. Die Untersuchungen waren noch nicht abgeschlossen. Die systematische Durchimpfung Togos ist als Sonderauftrag einem Regierungsarzte als Impfarzt übertragen.

Die Lepra ist nach wie vor stark verbreitet. Ihre Bekämpfung ist infolge der Maßnahmen gegen die Schlafkrankheit und die Pocken vorläufig in den Hintergrund getreten.

Die Dysenterie trug in diesem Jahre ganz besonders dazu bei, den Gesundheitszustand ungünstig zu beeinflussen. Sie war in Togo immer heimisch, trat jedoch in diesem Jahre besonders häufig auf, nicht nur in Lome, sondern auch im ganzen Schutzgebiet.

Wenn von den Ruhrerkrankungen, die auf Dampfern beobachtet wurden, ein Schluß gestattet ist, so ist die Krankheit auch außerhalb Togos stark verbreitet gewesen.

Von 42 Neuerkrankungen waren 30 Fälle in Lome infiziert, 12 gingen von außerhalb zu.

Vergleicht man diese Zahl mit der in anderen Jahren, so ergibt sich eine sprunghafte Steigerung. Die Anzahl der Erkrankungen betrug 1905/06: 15; 1906/07: 21; 1907/08: 9; 1908/09: 12; 1909/10: 17; 1910/11: 12. In der Stadt beschränkte sich die Krankheit nicht auf besondere Teile, sondern war allgemein verbreitet. Nur im Bezirk Lome-West war die Gegend um das Eingeborenengefängnis etwas mehr als andere Stellen (5 von 10) bevorzugt. Jedoch ließ sich ein Zusammenhang der Ruhrerkrankungen der Gefangenen mit denen der Europäer nicht nachweisen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Teilt man Lome in einen nördlichen, von Angestellten der Verkehrsanlage, einen westlichen, von Beamten, und einen südlichen, von Kaufleuten und Missionaren bewohnten Stadtteil, so kamen Infektionen vor:

im Monat	S	W	N
April	2	.	.
Mai	3	5	1
Juni	.	.	1
Juli	1	.	.
August	1	.	1
September	1	2	1
Oktober	.	1	.
November	.	.	1
Dezember	1	.	.
Januar	1	.	1
Februar	1	1	2
März	1	1	.
im ganzen ...	12	10	8

Die Ruhrerkrankungen nahmen bei den Europäern meist einen chronischen Verlauf. Mäßiges Fieber trat nur in 5 Fällen auf (davon 1 Fall mit Leberabszeß kompliziert), leichtere Temperaturerhöhungen (bis 37,5) in 6 weiteren. Die Krankheitsdauer betrug bei den in Heilung ausgehenden Fällen durchschnittlich 11 Tage. 6 Kranke mußten, da eine Ausheilung in den Tropen nicht zu erwarten war, heimgesandt werden. — Unter den in Lome mit Ruhr infizierten Europäern waren 4 Frauen. — Hausinfektionen, namentlich Übertragung der Krankheit von einem Ehegatten auf den anderen, wurden nicht beobachtet.

Auch die Ruhr der Eingeborenen verlief meist chronisch und war in der ganzen Stadt verbreitet. Hofepidemien konnten nicht beobachtet werden. Der Ausgang war bei Erwachsenen meist günstig, bei Kindern namentlich in Verbindung mit Malaria öfters ungünstig. Auffallend häufig waren bei Erwachsenen nach Dysenterie auftretende Leberbeschwerden. Leberabszesse waren dagegen selten: 1mal bei einem Europäer, 6mal bei Eingeborenen. 4 von diesen wurden durch Einschnitt eröffnet, 2 punktiert. Alle gingen in Heilung aus. Der Europäer starb an dysenterischen Darmblutungen. Der Nachweis der Amoeba dysenteriae gelang nicht in allen daraufhin untersuchten Fällen.

Der in der ersten Hälfte des Berichtsjahres außergewöhnlich hohe Grundwasserstand (stellenweise $1^1/_2$ m unter der Erdoberfläche) dürfte zur Verbreitung der Ruhr beigetragen haben. In der zweiten Hälfte ließen die Ruhrerkrankungen nach.

Die in Aussicht genommene Zentralwasserversorgung Lomes und die allgemeine Abfuhr aller Fäkalien und aller Abfallstoffe sowie die Verlegung des Gefängnisses dürfte die Dysenterie beseitigen.

Kleinere Epidemien von Masern im April, von Ohrspeicheldrüsenentzündung im April bis Juli, von Mandelentzündung im Oktober waren belanglos.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten und deren Folgeerkrankungen waren auch in diesem Jahre nicht unbedeutend.

Selten kam es zu Infektionen durch die regelmäßig untersuchten Dirnen. Die gelegentliche Prostitution war auch hier die Hauptansteckungsquelle.

Filarienerkrankungen waren häufig. 12 Fälle von Elephantiasis scroti wurden operiert. Auch in diesem Jahre konnte wieder die Beobachtung gemacht werden, daß eine größere Anzahl von als Reservisten zur Übung eingezogener Eingeborener aus dem Bezirk Lome-Land kurze Zeit nach Beginn des Dienstes an Guineawurm erkrankten.

III. Krankendienst.

11. Krankenbewegung.

a. Zugang	Für das Vorjahr 1910/11 Europäer	Farbige	Für das Berichtsjahr 1911/12 Europäer	Farbige
Durchschnittl. Ist-Stärke	198	7 592	182	7 783
Bestand	22	74	15	105
Zugang	633	3 573	451	3 655
Behandlungstage	2 911	39 535	2 588	40 006

Das Verhältnis der Zugänge zur Ist-Stärke ist nicht anzugeben, da unter den Zugängen viele nicht zu den ständigen Bewohnern Lomes gehören.

b. Abgang	Für das Vorjahr 1910/11 Europäer	Farbige	Für das Berichtsjahr 1911/12 Europäer	Farbige
Geheilt	—	2 466	342	2 913
Gestorben	—	17	7	79
Anderweitig	—	1 090	117	768
Bestand bleiben	15	105	10	141.

Von den 451 Zugängen der Europäer waren 420 Männer, 31 Frauen, und zwar waren:

Beamte	männlich	106,	weiblich	15,
Missionare	»	19,	»	6,
Kaufleute	»	86,	»	1,
Gewerbetreibende	»	26,	»	7,
Angestellte der Verkehrsanlage	»	121,	»	2,
Von außerhalb zugegangen	»	62,	»	—.

Sie wurden zusammen mit dem Bestande von 15 Kranken in 505 Krankheitsfällen behandelt.

Die 3760 Eingeborenen wurden in 3907 Krankheitsfällen behandelt.

12. Tätigkeitsbericht der großen Krankenanstalten.

Im Königin-Charlotte-Krankenhaus wurden 94 Kranke verpflegt (28 Beamte, 66 Privatkranke) in 1 533 Tagen. Zu einem Bestande von zwei Kranken gingen 92 zu. Es blieb ein Bestand von fünf Kranken. Die durchschnittliche Belegzahl betrug 4,2.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Im Krankenhaus für Eingeborene kamen zu einem Bestande von 16 Kranken 269 Zugänge. Es blieb ein Bestand von 20 Kranken. Sie wurden in 5 523 Tagen behandelt. Die durchschnittliche Belegzahl betrug 15,1.

In das Isolierkrankenhaus wurden aufgenommen 159 Kranke, die in 3 705 Tagen verpflegt wurden.

Die Anzahl der Beratungen in der Poliklinik betrug 30 778: im Durchschnitt täglich 84,3 (an Wochentagen durchschnittlich 101).

Im Aussätzigenheim Bagida wurden zu einem Bestande von 19 Kranken 15 neu aufgenommen. 11 Kranke entliefen, 1 starb, 3 wurden vorläufig entlassen, weil nach langdauernder Behandlung mit Oleum gynocardii die Erscheinungen und Leprabazillen im Nasensekret seit sechs Monaten verschwunden waren. Es blieb ein Bestand von 19 Kranken.

Es wurden im ganzen 216 Operationen ausgeführt (abgesehen von Inzisionen, Zahnextraktionen, Entfernen von Polypen und geburtshilflichen Operationen). Davon waren 47 Laparatomien.

13. Kasuistik.

Im Anschluß an Dysenterie traten Leberbeschwerden häufig auf. Größere Leberabszesse wurden jedoch relativ selten beobachtet. Kleinere Abszesse können, wie früher beobachtet wurde, auch ohne Punktion oder Eröffnung ausheilen.

Von größeren kamen 7 zur operativen Behandlung, davon 2 durch Punktion, 4 durch Schnittoperation zur Ausheilung. 1 Europäer starb an nach der Operation sich einstellenden starken Darmblutungen.

Dieser war 28 Jahre alt, seit 3 Monaten im Schutzgebiet, erkrankte zwei Wochen nach der Landung an Ruhr, die nach vorübergehender Besserung immer wieder auftrat. Er suchte, da er im Hinterland beschäftigt war, erst zwei Monate nach dem ersten Anfall das Krankenhaus auf. Am Tage nach der Aufnahme bekam er einen Anfall von Malaria tropica. Am nächsten Tage war in der Stuhlentleerung Schleim und Blut. Die Malariaparasiten verschwanden auf Chinin aus dem peripheren Blute. Das Fieber blieb hoch. In den nächsten Tagen wechselten normale mit dysenterischen Stuhlentleerungen. Am 6. Tage traten Schmerzen und unscheinbare Druckempfindlichkeit in der Lebergegend auf, am 7. Tage Schmerzen in der rechten Schulter und leichte pleuritische Erscheinungen.

Am 9. Tage wurde nach Rippenresektion ein Leberabszeß einseitig eröffnet. Am 10. Tage trat Besserung des Allgemeinbefindens und Temperaturabfall ein. Am 11. Tage stieg die Temperatur an, neue Leberabszeßsymptome bei gutem Eiterabfluß traten auf. Eine Punktion war erfolglos. Jedoch war am nächsten Morgen der Verband durchtränkt mit Eitermassen. Die Symptome von seiten der Leber waren geschwunden.

Vom 6. Krankheitstag an bestand der Stuhlgang fast nur aus Blut und Schleim, wurde sehr häufig entleert. Es wurden massenhaft Amoeba dysenteriae im Schleim gefunden. Die Blutbeimengung nahm immer mehr zu (schätzungsweise in den letzten Tagen täglich 300 ccm). Der Tod trat infolge der Anämie am 18. Krankenhaustag ein.

Die Autopsie ergab zwei faustgroße Abszesse im rechten Leberlappen, von denen der mediane in den lateralen durchgebrochen war. Die Schleimhaut des Dickdarms war bis zum S. romanum stark geschwollen und mit Geschwüren bedeckt, die weit unterminierte Ränder zeigten.

An mehreren Stellen war die Schleimhaut in einer Ausdehnung von 2×4 qcm geschwunden. Der Blinddarm und der Wurmfortsatz waren frei, der Dünndarm in einer Ausdehnung von 50 cm katarrhalisch entzündet.

Die außergewöhnlich starke, anhaltende, zum Tode führende Blutung, wie sie früher hier nicht beobachtet wurde, ist einerseits auf die starke Erkrankung des Dickdarms zurückzuführen, steht vielleicht aber auch mit der Erkrankung der Leber in ursächlichem Zusammenhang.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ein zweiter Todesfall, der eine Europäerin betraf, ist für die Differenzialdiagnose von Appendicitis und Abscessus hepatis von einiger Wichtigkeit.

Sie war während des Urlaubs ihres Mannes angeblich wegen Dickdarmkatarrhs in ärztlicher Behandlung. Nach ihrer Rückkehr hatte sie unter Bauchschmerzen zu leiden, die nur selten heftiger auftraten. Die Stuhlentleerungen waren unregelmäßig, meist angehalten. Der Beginn der Schwangerschaft verschlimmerte die Beschwerden, wozu noch nervöse Störungen kamen.

Seit Mitte Januar waren die Beschwerden im Unterleib wieder stärker bei geringer Temperaturerhöhung nicht über 37,5. Der Stuhlgang war unregelmäßig. Die Entleerung, bald wässerig, bald knollig, enthielt öfters Schleim.

Am 18. Januar wurde flüssiger und schleimiger Kot entleert. Der ganze aufsteigende Dickdarmast war druckempfindlich. Diät, Ruhe und Salol brachten Besserung.

Am 22. Januar waren die obigen Beschwerden wieder stärker geworden.

Am 23. Januar war am rechten Rippenbogen in der vorderen Axillarlinie eine druckempfindliche Stelle und undeutliche Resistenz nachzuweisen. Der rechte Leberlappen war wenig klopfempfindlich. Gleichzeitig bestand leichter Hustenreiz.

25. Januar. Die druckempfindliche Resistenz am rechten Rippenbogen war deutlich nachweisbar, gab im Zusammenhang mit der Leberdämpfung gedämpften Schall. Sie vergrößerte sich in den nächsten drei Tagen allmählich unter Temperaturerhöhungen (nicht über 38,1) fast bis zum Darmbeinkamm, hatte entsprechend dem Verlaufe des Colon ascendens, aber etwas mehr nach außen gelegen, eine wurstförmige Gestalt, war druckempfindlich und absolut gedämpft.

Die Leberdämpfung war außerhalb der Resistenz nicht vergrößert. Die Leber war nicht klopfempfindlich. Die Zwischenrippenräume waren nirgends druckempfindlich. Die Untersuchung der Lungen bot keinen krankhaften Befund.

Die Blinddarmgegend war nie druckempfindlich, zeigte keine Resistenz. Dagegen traten vorübergehende Schmerzen unmittelbar oberhalb des rechten Ligamentum Poupartii auf.

Am 28. und 29. Januar ließen die Beschwerden nach. Die Resistenz war etwas weniger druckempfindlich. Am nächsten Tage wurden die Beschwerden wieder stärker. Temperatur stieg auf 38,4. Der Befund war unverändert.

Die Diagnose schwankte zwischen Leberabszeß, ausgehend von der unteren Fläche des rechten Leberlappens, und Blinddarmabszeß bei Verlagerung des Wurmfortsatzes nach oben. Für die Blinddarmentzündung mit verlagertem Wurmfortsatz sprach die wurstförmige Gestalt der Resistenz, dagegen die geringe Temperaturerhöhung, das Fehlen eindeutiger Symptome von seiten des erkrankten Bauchfells und eines krankhaften Befundes in der Blinddarmgegend.

Für den Leberabszeß sprachen die Erscheinungen von seiten der Leber im Beginn der Erkrankung und der Anfang der Dämpfung und schmerzhaften Resistenz am rechten Leberlappen; dagegen die mangelhafte Klopf- und Druckempfindlichkeit der Lebergegend, namentlich in den Zwischenrippenräumen.

Da ein Abszeß sicher war, wurde die Operation am 31. Januar in Chloroformnarkose ausgeführt.

Der Schnitt wurde vom Quadratus lumborum nach links unten geführt, zweifingerbreit oberhalb des Darmbeinkammes über den unteren Pol der Resistenz.

Das vorliegende Colon ascendens war gebläht, das Bauchfell überall glatt, glänzend.

Das Coecum war sehr kurz, oberhalb der Nabel-Darmbeinspitzenlinie. Der Dünndarm mündete etwa 1 cm oberhalb des Fundus coeci ein. Der Wurmfortsatz war nicht zu sehen. Hinten lateral vom Colon ascendens fühlte man die langgestreckte wurstförmige Resistenz, die nach oben unmittelbar an die Leber heranreichte. Nach Abschluß der Bauchhöhle durch Tamponade wurde der Abszeß hinter dem Dickdarm stumpf eröffnet. Der Eiter war stinkend, bräunlich, mit einzelnen schwärzlichen Fetzen. Der Wurmfortsatz war in den schwärzlichen Abszeßwandungen nicht zu sehen. Tamponade, Verband. — 3 Stunden nach der Operation stieg die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Temperatur auf 39,6, fiel nach zwei weiteren Stunden auf 38,6, sank in den nächsten Tagen allmählich zur Norm.

Am 1. Februar schwankte der Puls um 116. Es trat 6mal Erbrechen auf. Die Zunge war feucht, der Unterleib etwas aufgetrieben, etwas schmerzhaft. Nach Einführung eines Mastdarmrohrs gingen Winde ab. Die Beschwerden ließen nach.

Am 2. Februar morgens war reichlich Blut durch die Scheide abgegangen. Temperatur 37,2, Puls 140, Erbrechen häufiger, Unterleib mäßig aufgetrieben, Zunge feucht. Um 3 Uhr wurde ein 12 cm langer Foetus abgestoßen.

Gegen Abend fühlte sie sich etwas wohler. Temperatur 37,1, Puls 140—160. Am nächsten Tage trat unter Bewußtlosigkeit der Tod ein.

An der Leiche wurde der Operationsschnitt nach oben bis zum Rippenbogen verlängert. Die Darmabschnitte, an denen die Tampons lagen, zeigten die gewöhnliche Trübung und schwache fibrinöse Auflagerungen. Sonst war das Bauchfell glatt, glänzend. Die Darmschlingen waren leicht gebläht. — Der Blinddarm war unterhalb der Einmündungsstelle des Dünndarms etwa 1 cm lang. Oberhalb der Beckenschaufel lag die etwa 5 cm lange Abszeßöffnung. Das Colon ascendens wurde nach Lösung der Verwachsungen an der Außenseite nach innen geschlagen, so daß die ganze Abszeßhöhle frei lag. Diese reichte von der Verbindungslinie der Spina anterior superior mit dem Nabel bis zum rechten Leberlappen. Die untere Leberfläche bildete in einer Ausdehnung von etwa 4 × 4 cm die obere Abszeßwand, war hier rotbraun verfärbt, eitrig belegt. An der Grenze des Abszesses ist die Leber mit dem Dickdarm verwachsen. Dieser war an der Seite des Abszesses mit schwärzlichen, nekrotischen Massen belegt. Der Wurmfortsatz war etwa 12 cm lang, von der Basis ab (zusammen mit dem unteren Teile des Blinddarms) nach hinten oben umgeschlagen und mit dem aufsteigenden Dickdarmast in ganzer Länge verwachsen. Er zeigte an der Basis etwa 2 cm lang die gewöhnliche blaßrote Farbe. Die Spitze reichte bis auf etwa 2 cm an die Unterfläche der Leber und war in einer Länge von 4 cm nekrotisch.

Es handelte sich also um eine chronische, lange bestehende Blinddarmentzündung mit hochgradiger Verlagerung des Blinddarms und Wurmfortsatzes. Der beim Rückfall sich bildende Abszeß nahm seinen Ausgang von der Spitze des Wurmfortsatzes, die der Unterfläche der Leber angelagert war, und zog durch sekundäre Hyperämie den rechten Leberlappen in Mitleidenschaft und täuschte einen beginnenden Leberabszeß vor. Die Blinddarmgegend war dauernd frei von krankhaftem Befund, da der Blinddarm samt dem Wurmfortsatz nach oben verlagert war.

Ein weiterer Fall von Entzündung des Wurmfortsatzes mag erwähnt werden.

Der Eingeborene hatte einen gänseeigroßen Leistenbruch der rechten Seite mit weiter Bruchpforte, der ihm auch Beschwerden machte, wenn er ihn in die Bauchhöhle zurückgebracht hatte. Die Schmerzen traten in den letzten Monaten anfallsweise auf und waren bisweilen so stark, daß er mehrere Tage liegen mußte.

Bei der Operation war im Bruchsack nur Dünndarm enthalten. Beim Freipräparieren des Bruchsackes trat plötzlich beim Pressen der Wurmfortsatz vor. Dieser war etwa 14 cm lang. Die periphere Hälfte war etwas verdickt und starr und endete in einem haselnußgroßen derben Tumor. Der Wurmfortsatz wurde amputiert, die Bruchpforte nach Bassini geschlossen. — In der kugelförmigen Verdickung des Wurmfortsatzendes lag ein 1 cm langer, sägeförmiger Knochen.

Der Kranke blieb dauernd frei von Beschwerden.

Als seltenere Art eines Bruches wurde eine Lumbalhernie operiert bei einem Eingeborenen, der gleichzeitig an einem rechtsseitigen Leistenbruch litt.

Hydrozelen sind bei den Negern häufig. Sie wurden operativ nach Winkelmann oder Bergmann behandelt. Eine doppelseitige Hydrozele zeichnete sich durch besondere Größe aus. Der Gewichtsunterschied des Mannes vor und nach der Operation betrug 21,5 kg.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eine deformierte Hydrozele wurde bei einem Eingeborenen beobachtet.

Dieser kam mit einer aus dem rechten Leistenkanal strangförmig sich in den Hodensack vorwölbenden Geschwulst, welche die rechte Hälfte des Hodensackes auf Gänseeigröße verdickte. Die Geschwulst gab leeren Schall. Der Inhalt ließ sich unter leichtem Widerstand in die Bauchhöhle drücken. Der Leistenkanal war für einen Finger durchgängig. Es wurde ein Netzbruch mit auch sonst beobachteter reichlicher Flüssigkeitsansammlung im Bruchsack angenommen.

Die Operation ergab eine Hydrozele mit einer 20 cm langen, handschuhfingerartigen Ausstülpung, die durch vier etwa $^3/_4$ cm im Durchmesser haltende Einschnürungen in ebensoviele blasige Auftreibungen (2—3 cm Durchmesser) geteilt war.

Auf Befragen teilte der Mann mit, daß die Geschwulst im Hodensack entstanden sei. Er habe sie für einen Bruch gehalten und durch Druck allmählich in die Bauchhöhle gebracht.

Als seltenere Erkrankungen sind die Milzabszesse anzusehen. Es wurden zwei mit Ausgang in Heilung operiert.

Der eine betraf eine etwa 65 Jahre alte eingeborene Frau, deren Abszeß die linke Seite des Abdomens vom Rippenbogen bis in die Darmbeinschaufel hin einnahm.

Der andere Fall betraf einen etwa 35 Jahre alten Mann.

In beiden Fällen konnten im Eiter Bakterien nicht nachgewiesen werden.

Unter den Mißbildungen ist zu erwähnen ein vollständiger Verschluß fast der ganzen Scheide, der operativ beseitigt wurde.

Spontane symmetrische Gangrän wurde früher vereinzelt beobachtet. Ein weiterer Fall ging in diesem Jahre zu.

Er betraf eine etwa 25 Jahre alte kräftige Eingeborene. Nach ihrer Angabe begann die Krankheit mehrere Tage vor der Aufnahme mit Schmerzen im rechten Arm. Dann schwoll der ganze Arm und die Hand stark an. Bei der Untersuchung wurde Fieber und eine starke, sehr schmerzhafte Schwellung des ganzen Armes festgestellt. Die Hand war ödematös.

Die Frau blieb nach dem ersten Verband aus der Behandlung weg, kam nach 8 Tagen wieder mit einer Gangrän der Haut, die die periphere Hälfte der Streckseite des Oberarmes und den ganzen Unterarm betraf. Sie blieb nach 4 Tagen wieder aus der Behandlung weg und kam 6 Tage später mit den gleichen Anfangserscheinungen am linken Arm in die Sprechstunde. Auf Einreibung mit Unguentum Credé ging die Schwellung in wenigen Tagen zurück. Die Gangrän betraf nur eine etwa 20 qcm große Stelle am Ellenbogen.

Die Defekte wurden später durch Thiersche Transplantation gedeckt.

Erkrankungen des Nerven- und Gefäßsystems oder des Stoffwechsels konnten nicht nachgewiesen werden.

Über einen Fall von Gangrän der linken Brustdrüse bei einer kräftigen Eingeborenen nach normaler Entbindung wurde mir von einem Heilgehilfen berichtet. Die Frau starb am Tage nach Beginn der Gangrän, bevor ich sie gesehen hatte.

Zu diesem Gebiete gehört eine Krankheit, die früher in zwei aus Dahome zugehenden Fällen beobachtet wurde. Der jetzt beobachtete Fall betraf einen Europäer, der ebenfalls von dort zuging.

Die Krankheit begann mit sehr heftigen Zahnschmerzen in den rechten unteren Backenzähnen. 2 Tage später schwoll unter Fieber das Zahnfleisch des rechten Unterkiefers stark an. Die Zähne lockerten sich an dieser Stelle und wurden entfernt. — Der Kranke wurde 10 Tage nach Beginn der Krankheit ins hiesige Krankenhaus aufgenommen.

Temperatur 40,2, Puls 120. — Die Unterlippe und der rechte Mundwinkel war stark geschwollen. Sehr starker Gestank aus dem Munde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Im rechten Unterkiefer fehlten die beiden Backzähne, der Eckzahn und der äußere Schneidezahn. Der Unterkiefer ist in deren Bereich zackig, vom Periost entblößt, schwarz verfärbt. Das diese Stelle umgebende Geschwür reicht 2 cm auf die Wangenschleimhaut, auf die Schleimhaut des Kinns fast bis zur Mittellinie und den inneren Lippenrand, nach innen bis zur Mittellinie des Mundbodens unter der Zunge bis zum Frenulum.

Die Ränder sind stark verdickt, etwas unterminiert, wie der Grund mit schwarzen nekrotischen Fetzen bedeckt.

Im weiteren Verlauf ging die Schwellung fast ganz zurück. Die nekrotischen Fetzen stießen sich zum Teil ab.

Das Fieber blieb aber hoch und wurde nur durch unregelmäßige kurze Remissionen unterbrochen.

Der Tod trat am 21. Tage nach Beginn der Krankheit ein.

Vier weitere Fälle von Bilharzia wurden mit Thymolklistieren, wie schon im vorigen Jahre berichtet wurde, behandelt. Die Erscheinungen wurden nach 4- bzw. 5- und 3wöchiger Behandlung beseitigt. Zwei dieser Behandelten stellten sich nach 3 Monaten bzw. 4 Wochen vor und waren noch gesund.

B. Anecho.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Stabsarzt Dr. Rodenwaldt.)

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Als Regierungsärzte waren in der Berichtszeit in Anecho tätig vom 1. April 1911 bis zum 25. September 1911 Regierungsarzt Stabsarzt Dr. Rodenwaldt, vom 26. September 1911 bis zum 12. März 1912 Regierungsarzt Dr. Sunder, vom 13. März 1912 bis zum Schluß des Berichtsjahres Regierungsarzt Dr. Simon.

Während der ganzen Berichtszeit standen an europäischem Hilfspersonal zwei Schwestern des Deutschen Frauenvereins für Krankenpflege in den Kolonien zur Verfügung. An farbigen Angestellten wurden 2 Heilgehilfen und 6 Gesundheitsaufseher verwendet.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Am Nachtigalkrankenhaus sind außer den allernotwendigsten Flickarbeiten keine größeren Instandsetzungen vorgenommen worden. Die Decke zwischen Küche und Operationsraum ist wiederholt, auch von sachverständiger Seite, als baufällig bezeichnet worden, da die Balken, welche einen schweren Zementfußboden zu tragen haben, vollständig von Termiten zerfressen sind. Das große Schutzdach vor der Küche brach im Sommer 1911 in sich zusammen und mußte vollständig neu hergestellt werden. Es zeigte sich, daß sämtliche Balken und Bretter von Termiten durchfressen waren. Auch an dem vom Operationsraum zum Haupthaus führenden Gange und im Fußboden der Veranda in der Nähe des zur

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Arztwohnung gehörigen Baderaums sind einige der Hauptbalken durchnagt.

Das Gebäude geht, wenn für seine Erhaltung nichts mehr geschieht, einem raschen Verfall entgegen, so daß auch aus diesem Grunde der rasche Ausbau der Krankenhausanlage in Lome dringend zu wünschen ist. Eine dauernde Inbetriebhaltung des Nachtigalkrankenhauses ist bei der geringen Belegungsziffer ein Überfluß, der jetzt nur noch dadurch gerechtfertigt werden kann, daß gelegentlich die Überfüllung der Krankenhäuser in Lome eine Verlegung von Kranken nach Anecho erforderlich macht.

Bezüglich des Eingeborenenkrankenhauses haben sich die Verhältnisse gegen das Vorjahr nicht geändert.

3. Unterkunft für Europäer und Farbige.

Die Baulust der Farbigen hat einige neue große Häuser entstehen lassen, deren Bauplan und äußere Erscheinung in keinem Verhältnis zu den aufgewendeten nicht geringen Geldmitteln stehen.

4. Wasserversorgung.

Die Brunnen sind wie im Vorjahr wieder durch zahlreiche Neubauten vermehrt worden, die zum Teil durch das Bezirksamt, zum Teil mit dessen Unterstützung ausgeführt wurden.

5. Abfuhrwesen, Latrinen.

Der Bau zweier massiver, steinerner Eingeborenenaborte wurde im letzten Vierteljahr des Berichtsjahres vollendet, ein dritter Abort ist zur Hälfte erbaut, der Bau eines vierten geplant. Die Anlagen konnten noch nicht in Benutzung genommen werden, da die Kübel noch nicht eingetroffen waren.

6. Boden.

Von den im Berichtsjahre zur Verfügung stehenden 10000 ℳ wurden auf Antrag des Berichterstatters im Einvernehmen mit dem Bezirksamt und unter Zustimmung der Europäer Anechos folgende Arbeiten ausgeführt: Die seit der Anlage der Lagunenstraße durch den Verkehr vielfach beschädigten Ränder dieses Weges wurden gründlich erneuert, zum Teil neu mit Rasen belegt. Ferner wurde der Platz am Bahnhof, der nach jedem größeren Regen für Tage in eine Wasserfläche verwandelt worden war, aufgehöht, eine Arbeit, deren Erfolg noch dadurch gesichert wurde, daß von seiten der Betriebsleitung der Verkehrsanlagen ein größerer Durchlaß an der Stelle angelegt wurde, wo die Gleise der Bahn mit ihrem Unterbau besonders an der Anstauung des Wassers Schuld trugen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Hauptsumme der zur Verfügung stehenden Mittel wurde einer größeren Sanierungsarbeit zugewendet. Der Halbinsel Badji lag nach Süden, gerade gegenüber vom Bahnhofsplatz, vorgelagert ein seichter Landzipfel, auf dem sich, im Wiesengelände, unzählige Wasserlöcher befanden, die den Schweinen von Badji als Pfuhl, den Schafen als Tränke dienten, außerdem aber die Brutstätten abgaben, aus denen Eingeborenenstadt und Faktoreien mit Mücken versorgt wurden. Diese ganze Wiesenfläche wurde während des Berichtsjahres fast vollständig unter Niedrigwasserstand abgegraben und die Sand- und Schlickmassen zur Anlage einer südlich vor Badji entlang vom Lokomotivschuppen zum Gehöft des Häuptlings Lawson ziehenden Straße benutzt, die, steil zur Lagune abfallend, das Entstehen von Mückentümpeln ein für allemal unmöglich macht. Die Arbeiten waren bis zum Schluß des Berichtsjahres bis zur Spitze der Halbinsel von Badji vollendet und sollen nach Absinken des diesjährigen Hochwassers durch einen von der Ostspitze von Badji zur Westspitze von Adjiddo hinüberziehenden Damm fortgesetzt werden. Anecho und seine Vororte Badji und Adjiddo werden nach Vollendung dieser Arbeiten an einer allseitig von steilen Rändern umgebenen Wasserfläche liegen.

7. Klima.

Den oben angeführten Sanierungsarbeiten ist die Trockenheit des Berichtsjahres sehr zunutze gekommen, die im übrigen der Eingeborenenbevölkerung eine erhebliche Verteuerung ihrer Lebensmittelpreise gebracht hat, derart, daß gegen Ende des Berichtsjahres die Preise für Mais eine bisher unerhörte Höhe bis zu 40 und 50 Pf. für das Kilogramm erreichten.

II. Gesundheitsdienst.

8. Seuchenbekämpfung.

Pocken.

Infolge des Aufflackerns der Epidemie an vereinzelten Orten wurden im Laufe der ersten beiden Vierteljahre zum Teil mit Hilfe eines europäischen Heilgehilfen die Impfungen des Vorjahres fortgesetzt, und zwar weitere 75 000 Personen geimpft, so daß im ganzen seit dem Oktober 1910 im Bezirk etwa 125 000 Personen mit selbst bereiteter Lymphe durchgeimpft worden sind. Im Bericht des im ersten Vierteljahr 1912 hier tätigen Pockensachverständigen Dr. Paschen erscheint daher der Bezirk Anecho als der einzige einigermaßen gründlich durchgeimpfte Bezirk Togos, in welchem in den nächsten Jahren nur die Nachimpfung der neugeborenen Kinder notwendig sein wird.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Malaria.

Unter den Europäern traten nur wenige, 5 Fälle, und 2 Fälle von Schwarzwasserfieber auf, welche sämtlich in Heilung ausgingen.

Dysenterie.

Die vom Berichterstatter im Berichte des Vorjahres geäußerte Ansicht, daß Bazillendysenterie für Togo nicht in Frage käme, ist wahrscheinlich irrig. Es bot sich Gelegenheit, in Europa das Blut von noch nicht völlig geheilt heimkehrenden Beamten auf Gehalt von Antikörpern gegen Dysenteriebazillen zu untersuchen, wobei sich ergab, daß bei dem einen Patienten ein sehr hoher Agglutinationstiter (1:1200) gegen Shiga-Kruse-Bazillen vorhanden war, bei zwei anderen ein ziemlich hoher Agglutinationstiter gegen Flexnerbazillen. Um so mehr wäre, wenn Untersuchungen an Ort und Stelle ergeben sollten, daß tatsächlich bei den meisten Fällen von Dysenterie Bazillen als Erreger in Frage kommen, der Übertragungsmöglichkeit durch Eingeborene Beachtung zuzuwenden und nach heimischen Methoden die Heraussuchung der Bazillenträger zu bewirken.

Typhus.

Zwei Fälle von Typhus, einer bei einem Europäer, einer bei einer Farbigen, kamen von Lome in Zugang, einer von Palime; bei den beiden letzteren wurde die Diagnose durch den Ausfall der Agglutinationsprüfung gesichert.

Wurmkrankheiten.

Dem im Vorbericht über Ankylostomiasis und Ascaridiosis Gesagten ist nichts hinzuzufügen. Als neu traten im Laufe des ersten Halbjahres mehrere Fälle von Bilharzia bei Schülern der Regierungsschule zu Sebevi in Behandlung. Einige dieser Fälle stammten vom Mono, einige hatten das Leiden wohl sicher aus ihrer Heimat im Norden des Schutzgebiets vom Volta und vom Oti mitgebracht. Wie aber aus Mitteilungen des Bezirksamtmanns hervorgeht, befindet sich nicht weit von Anecho, in der Nähe von Aguega ein kleiner See, den die Eingeborenen »Rotes Blut« nennen, und von dem man behauptet, daß nach dem Genuß seines Wassers Blutharnen einträte. Diesem wahrscheinlichen Bilharziaherd wird besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden müssen. Durch die Anlegung einwandfreier Brunnen und geeignete Belehrung der Bevölkerung ist es möglich, einen solchen isolierten Herd zum Verlöschen zu bringen.

Syphilis und Framboesie.

Das Ehrlichsche Mittel Salvarsan wurde bei den sehr häufigen großen fressenden Unterschenkelgeschwüren in einer Reihe von Fällen mit vorzüglichem Erfolg zur Anwendung gebracht. Nachdem neuerdings die Wirksamkeit dieses Mittels bei sogenanntem Tropengeschwür

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

von einem erfahrenen Tropenmediziner in Sumatra in Abrede gestellt worden ist, bleibt die Frage zu lösen, ob wir bei den hiesigen Geschwüren nicht eine andere Krankheit als in Indien und Ostafrika vor uns haben und ob nicht diese Ulcerationen vielmehr der tertiären Framboesie zuzurechnen wären. Die wissenschaftlich so eminent wichtige Frage der Scheidung zwischen Syphilis und Framboesie ist hier vorläufig noch schwer zu lösen.

Gelbfieber.

Ein Fall dieser Krankheit wurde im Januar 1912 durch den Regierungsarzt Dr. Sunder bei einem Eingeborenen beobachtet. Die Wohnung des Kranken wurde ausgeschwefelt, die Familie in Beobachtung genommen. Der Fall verlief günstig und blieb vereinzelt.

9. Soziale Hygiene.

Die im Berichte des Vorjahres erwähnte Ausbildung einheimischer Hebammen wurde während der ersten Hälfte des Berichtsjahres weiter geführt. Nachdem eine Reihe von Entbindungen in den Häusern der Eingeborenen selbst, unter Leitung des Berichterstatters ausgeführt, den Eingeborenen die ins Auge fallenden Vorteile des europäischen Entbindungswesens gezeigt hatten, wurden die drei ausgebildeten Hebammen mehr und mehr in Anspruch genommen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die in Nr. 6 des Jahrganges 1912 der Deutschen Medizinischen Wochenschrift erschienene Arbeit des Berichterstatters »Eingeborene Hebammen in Anecho, Togo, Westafrika« verwiesen.

Durch das Bezirksamt wurde eine Dienstanweisung für die Hebammen erlassen, die gleichzeitig als Legitimation diente und ihnen in erster Linie auch die Anzeige der von ihnen vorgenommenen Entbindungen zur Pflicht macht. Es wurde auf diese Weise der Versuch gemacht, statistische Daten über die Geburten zu gewinnen, um auf diese Weise die Grundlage für eine Medizinalstatistik in heimischem Sinne zu gewinnen und gleichzeitig Daten über die Bevölkerung zu gewinnen, welche geeignet sind, die bezüglich des Lebensalters bestehende Unsicherheit zu beseitigen. Bereits bei der geringen Zahl der bisher eingetragenen Geburten trat die gegenüber Europa auffällig große Zahl der Zwillingsgeburten hervor. Es ist dies eine Tatsache, die auch bei oberflächlicher Beobachtung aus der Häufigkeit der Zwillingsnamen in der Bevölkerung geschlossen werden kann, da die Namen Akuete und Akuete für zwei Knaben, Akuete und Akuele für Knabe und Mädchen, Akuele und Akókó für zwei Mädchen überaus häufig gehört werden. Übrigens ist auch beim Vieh die Fruchtbarkeit gegenüber Europa erheblich größer, bei den Schafen sind zwei Junge die Regel, drei nicht selten, bei den Ziegen finden sich drei und vier häufig, aber auch Fünflinge kommen vor.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

III. Krankendienst.

10. Krankenbewegung.

	Für das Vorjahr 1910/11		Für das Berichtsjahr 1911/12	
a. Zugang:	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Bestand	6	82	1	14
Zugang	111	2 087	55	1 902
Behandlungstage	1 392	etwa 25 000	755	?
b. Abgang:				
geheilt	103	2 136	52	1 405
gestorben	1	13	—	7
anderweitig	11	—	2	—
Bestand bleiben	2	20	2	—

Davon wurden im Krankenhaus behandelt
16 Europäer mit 390 Behandlungstagen,
48 Farbige.

11. Kasuistik.

1. Europäer.

Chirurgie.

Größere chirurgische Eingriffe wurden bei Europäern nicht vorgenommen. Ein großer Bruchteil der Gesamtzugänge, nämlich 15, betrafen Zahnleidende aus anderen Plätzen des Schutzgebiets, welche den Berichterstatter konsultierten, um die Füllung kariöser Zähne vornehmen zu lassen.

Innere Medizin.

Erwähnenswert ist ein Fall von Myiasis der Haut, bei der es sich um eine in der Haut des Rückens sitzende Larve der Cordylobia Gruenbergii handelte.

Von den beiden Schwarzwasserfieberfällen handelte es sich bei dem einen um einen ganz abortiven Fall bei einem unsicheren Prophylaktiker, der durch diese Mahnung zur regelmäßigen Prophylaxe veranlaßt wurde.

2. Farbige.

Chirurgie.

Von den Hernienoperationen heilten alle per primam, außer einem Falle, wo in dem elephantiastischen Hodensack ein großer Teil der Dünndärme, der ganze Blinddarm mit Appendix und ein Teil des Netzes lagen, und der durch drei Darmfisteln in der verdickten Haut des Hodensacks kompliziert war. Bei völlig fieberlosem Verlauf erlag der Operierte am vierten Tage einer Lungenembolie. Bei einem Patienten aus Dahomey wurde ein über kindskopfgroßes Fibrolipom der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

rechten Halsseite entfernt, von welchem Lipomzapfen bis tief in die Nackenmuskeln hinein sich erstreckten. Ein Tumor der Mamma eines jungen Mädchens erschien herausgeschält als Adenofibrom, eine Diagnose, die die mikroskopische Untersuchung in der Heimat bestätigte.

Von Fällen chirurgisch zu behandelnder Tuberkulose verdient ein Fall von Gibbus bei einem Kinde Erwähnung, der in einer improvisierten Rauchfußschen Schlinge gelagert wurde. Bei einem anderen, sehr chronischen Falle des gleichen Leidens, der schon zu Paraplegie beider Beine geführt hatte, erschien jede Therapie aussichtslos.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf bösartige Geschwülste wurde in mehreren Fällen gestellt, jedesmal bei schon vorgeschrittener Metastasenbildung, so daß eine sichere Heilung durch Operation nicht mehr versprochen werden konnte. Nur dann aber willigt der Farbige in eine Operation ein.

Innere Medizin.

Es sind in erster Linie einige Fälle von Nervenleiden des kindlichen Alters erwähnenswert, welche im allgemeinen zu den Kulturkrankheiten gerechnet werden, ein Fall von ausgesprochenem Pavor nocturnus und ein Fall von Stimmritzenkrämpfen. Ausgesprochene Fälle von Hysterie und Neurasthenie sind nicht selten.

Die Fälle von Filaria Loa stammten wieder ausnahmslos aus Kamerun, hingegen scheint ein verwandter Wurm, die Onchocerca volvulus, an der hiesigen Küste erworben zu werden, wenigstens wurde ein ganz frischer Fall von wandernden Würmern dieser Art bei einem Soldaten beobachtet, bei dem es gelang, aus einem Abszeß ein ganzes weibliches Exemplar dieses Tieres zu entwickeln und aus diesem einige bisher noch unbekannte Daten aus der zoologischen Beschreibung des Wurmes zu ergänzen. (Beschrieben im Archiv für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Januar 1912.)

Zum Bericht des Vorjahrs ist als Berichtigung hier hinzuzufügen, daß es sich bei der dort eingehender beschriebenen chronischen Eiterung an den Zahnwurzeln um sogenannte Alveolarpyorrhoe (nicht -pyelitis) handelt.

C. Palime.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Simon.)

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Der regierungsärztliche Dienst wurde vom 1. April bis 18. September 1911 von Regierungsarzt Dr. Sunder, vom 18. September bis 1. Januar 1912 vom Arzte der Schlafkrankheitskommission Dr. Engelhardt, vom 1. Januar bis 31. März 1912 von Regierungsarzt Dr. Simon versehen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zur Unterstützung in Poliklinik und Eingeborenenkrankenhaus standen dem Arzte 2 farbige Heilgehilfen, für Durchführung der Stechmückenbekämpfung 2 farbige Gesundheitsaufseher zur Verfügung.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Eingeborenenkrankenhaus und Poliklinik sind in vorzüglichem Zustand, so daß nur kleinere Reparaturen im Laufe des Jahres notwendig wurden.

Der häufige Wechsel in der Besetzung der Regierungsarztstelle, der im vorigen wie in diesem Berichtsjahre notwendig war, blieb leider nicht ohne Einfluß auf die Inanspruchnahme der Poliklinik durch die eingeborene Bevölkerung. Die Zugangsziffer war auch in diesem Jahre nur wenig größer als im Vorjahre.

Erst als von dem Rechte der Ermäßigung der Krankenhaustaxe sowie der kostenlosen Verabreichung von Medikamenten und der freien ärztlichen Behandlung ausgiebig Gebrauch gemacht wurde, erfreuten sich Poliklinik wie Krankenhaus größeren Zulaufs.

In Unterkunft für Europäer und Farbige, Verpflegung und Wasserversorgung hat sich nichts geändert. Der von Regierungsarzt Dr. Sunder ausgearbeitete Plan einer einwandfreien Wasserversorgung für Palime mußte wegen anderer dringender Aufgaben zurückgestellt werden.

3. Abfuhrwesen.

Zur Regelung der Abfuhr der Fäkalien wurde eine einmalige größere Summe zur Verfügung gestellt. Es soll alsbald mit dem Bau von Eingeborenenaborten, wie sie in Lome und Anecho bereits bestehen, begonnen werden.

4. Boden.

In dem sonstigen Assanierungsprogramm, soweit es in der bereits früher begonnenen Kanalisation, Niederlegung des dichten Busches um Palime und Regulierung der Palime durchziehenden bzw. begrenzenden Bäche besteht, wurden weitere Fortschritte gemacht.

So wurden insbesondere die Felsen im Ähäbache, die bei niederem Wasserstande mit ihren vom Regenwasser gefüllten Löchern und Ritzen beliebte Brutplätze für Stechmücken bildeten, teils durch Sprengung entfernt, teils wurden die Löcher und Risse mit Zement ausgefüllt.

Auch wurde die Kanalisation weiter durchgeführt, indem in verschiedenen Straßen neue zementierte Abzugsgräben angelegt wurden, in denen das Regenwasser und die Abwässer der Häuser in die Bäche unterhalb Palimes abgeführt werden.

Um allmählich die Anlage eines von den Eingeborenenhütten getrennten Europäerviertels zu ermöglichen, wurden in dem hierfür in Aussicht genommenen Gebiete verschiedene Grundstücke angekauft; den dort noch ansässigen Eingeborenen wurde verboten, bei Verfall ihrer Hütten neue in diesem Gebiete zu erbauen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

5. Organisation des Sanitätswesens usw.

Das Auftreten von Gelbfieber machte zweimal die strengsten Quarantänemaßregeln nötig, die von Erfolg begleitet waren. In diesen Fällen zeigte sich der segensreiche Einfluß der streng durchgeführten und kontrollierten Stechmückenbekämpfung. Zwei Gesundheitsaufseher besuchen täglich die Grundstücke der Stadt. Diese ist in 6 Bezirke eingeteilt, so daß die Gesundheitsaufseher jeden Bezirk zweimal in der Woche kontrollieren. Larven werden selten mehr gefunden.

II. Gesundheitsdienst.

6. Seuchenbekämpfung.

Pocken.

In der Seuchenbekämpfung standen wieder wie im Vorjahre die Pocken im Vordergrunde des Interesses. Zwar wurden Pockenfälle noch von allenthalben gemeldet, doch wurden größere Epidemien nur mehr in den Dörfern am Agu beobachtet. Da nicht immer genügend Lymphe zur Verfügung stand, beschränkte sich die Impfung meist auf die Gebiete, aus denen frische Fälle gemeldet wurden.

Im allgemeinen besteht der Eindruck, als ob die Seuche in sich selbst erlösche und als ob nur hie und da das unter der Asche glimmende Feuer wieder auflodere. Dies ist ja auch nach der intensiven Durchseuchung und damit Immunisierung der Bevölkerung zu erwarten.

Gelbfieber.

Im Mai und September wurde je ein Fall von Gelbfieber von Misahöhe gemeldet. Beide Erkrankten starben. Die Sektion (Dr. Sunder) bestätigte die Diagnose Gelbfieber. Beide Kranken wurden sofort im Krankenhaus isoliert und strenge Quarantäne über Misahöhe verhängt mit dem Erfolg, daß weitere Erkrankungen nicht vorkamen.

Malaria.

Wie bei Gelbfieber so zeigte sich auch in der geringen Anzahl von Malariaerkrankungen der Einfluß der Stechmückenbekämpfung. Die Malariaerkrankungen, die Europäer betrafen, waren sämtlich im Busch außerhalb Palimes erworben. Auch Malariaerkrankungen von Eingeborenen kommen fast nur von auswärts zur Beobachtung.

Dysenterie.

Dysenterie kam sowohl bei Europäern wie Eingeborenen nicht häufig vor. In den Fällen, die in den ersten Tagen der Erkrankung zur Untersuchung kamen wurden Amoeben meist in großer Anzahl festgestellt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ankylostomiasis.

Ankylostomiasis ist, wie auch aus früheren Berichten hervorgeht, recht häufig. Selten führt jedoch die Krankheit an sich die Leute zum Arzt. Anämische Erscheinungen, wie Herzklopfen, Schwindel, Kopfschmerz, Schwächegefühl, Ödeme und Magenbeschwerden, sind dann die Beschwerden, derentwegen der Kranke den Arzt aufsucht. Meist findet man jedoch die Ankylostomumeier nur bei gelegentlichen Stuhluntersuchungen bei Gesunden oder bei Leuten, die wegen ganz anderer Krankheiten zum Arzte kamen. An eine Ausrottung der Ankylostomiasis ist vorläufig nicht zu denken. Bei gelegentlichen Dienstreisen wurde die Bevölkerung über das Wesen der Wurmkrankheit aufgeklärt und angewiesen, geeignete Aborte anzulegen.

Windpocken.

Gegen Ende des Berichtsjahres wurde eine kleine lokale Epidemie von Windpocken unter den Arbeitern beim Brückenbau in Ghefi beobachtet. Strengere Maßnahmen waren jedoch bei der relativen Harmlosigkeit der Krankheit nicht erforderlich.

7. Gesundheitsverhältnisse der Stationen.

Die Gesundheitsverhältnisse unter den Europäern im Bezirk waren im allgemeinen befriedigend. Der einzige Todesfall betraf eine Missionarsfrau im Norden des Bezirks, die bereits längere Zeit an Dysenterie erkrankt, nicht in ärztlicher Behandlung stand, und anscheinend plötzlich einer Perforationsperitonitis erlag.

8. Soziale Hygiene.

Die Gefangenen in Palime und Misahöhe wurden monatlich auf ihren Gesundheitszustand untersucht. Beanstandungen in Unterkunft und Verpflegung waren nicht nötig. Erkrankte Gefangene und Steuerarbeiter wurden ins Krankenhaus aufgenommen.

Wie alljährlich, wurden auch diesmal bei Beginn des Schuljahrs die die öffentlichen Schulen besuchenden Kinder untersucht und geimpft.

III. Krankendienst.

9. Krankenbewegung.

	Für das Berichtsjahr 1911/12	
a. Krankenzugang:	Europäer	Farbige
Bestand	—	12
Zugang	37	458
Behandlungstage	242	4 503
b. Abgang:		
Geheilt	35	383
Gestorben	1	4
Anderweitig	—	53
Bestand bleiben	1	30

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

10. Kasuistik.

Kasuistisch bemerkenswert ist ein Fall von Malaria bei einem frisch aus Deutschland zurückgekehrten Missionar, der zweimal innerhalb 14 Tagen an Fieber erkrankte und jedesmal nach Einnahme von 0,8 bzw. 1,0 Chinin. hydrochlor. ausgedehnte Blutungen in die Haut, die Schleimhäute des Mundes, Rachens und der Nase sowie die Bindehaut des Auges bekam. Nach Ersatz des salzsauren Chinins durch die entsprechende Dosis Chinintannat traten Blutungen nicht mehr auf, so daß von einer Heimsendung vorläufig abgesehen werden konnte.

Von bösartigen Geschwülsten bei Eingeborenen wurde ein Carcinom der Glandula submaxillaris operativ entfernt, die Operation eines malignen Unterkiefercystoms wurde vom Kranken abgelehnt, da der ganze Unterkiefer hätte entfernt werden müssen.

Von größeren Operationen wurden im letzten Vierteljahr bei farbigen Kranken ausgeführt:

2 Laparotomien (1 zur Entfernung einer Netzgeschwulst, 1 Magennaht bei Schußverletzung),
1 Radikaloperation des Leistenbruchs,
2 Gelenkresektionen,
1 Entfernung eines Carcinoms der Glaudula submaxillaris,
1 Sequestrotomie,
1 Operation des Scheidenvorfalls,
1 Staphylomoperation,
1 Staroperation.

Bei einer großen Anzahl von schweren Verletzungen, besonders Schußverletzungen, die hier besonders zu Ende der Trockenzeit, der eigentlichen Jagdzeit, dem Arzte zugeführt werden, ließ sich das große natürliche Heilungsbestreben beim Neger beobachten. In Fällen, die in Europa ohne weiteres der Amputation oder eingreifenden Operationen verfallen, wurde durch konservative Behandlung meist ein verblüffend guter Enderfolg erreicht.

In einem Fall von Hospitalbrand eines zerquetschten Fußes bei einem überfahrenen farbigen Bahnarbeiter wurde vor der beschlossenen Absetzung des Gliedes noch ein letzter Versuch mit Salvarsan gemacht, mit dem Erfolg, daß nach 0,6 Salvarsan (intramuskulär) bereits nach 5 Tagen alles nekrotische und faulige Gewebe sich abgestoßen hatte und nach weiteren 8 Tagen die frischroten Granulationen mit Thierschschen Hautläppchen gedeckt werden konnten. Wenn man erwägt, daß bei Hospitalbrand Spirochaeten in Symbiose mit Bazillen nachgewiesen wurden, und daß in diesem Falle, nachdem alle sonst üblichen Mittel erfolglos angewendet waren, nach der Einspritzung von Salvarsan keinerlei Beeinflussung des Prozesses durch andere Maßnahmen stattfand, so darf dieser Erfolg wohl auf Rechnung des Salvarsans gesetzt werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

11. Bericht über die Tätigkeit der Schlafkrankheitskommission in Togo

für die Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

(Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. v. d. Hellen.)

1. Allgemeines und die Tätigkeit der Reiseärzte.

Von den vier Ärzten der Kommission waren das ganze Berichtsjahr hindurch drei im Schutzgebiete, jedoch wurden zwei für die Dauer von je 3 Monaten für andere Zwecke verwendet. Für die letzten $5^1/_2$ Monate des Berichtsjahres war der Kommission ein Stationsassistent zugeteilt gewesen, da die Arzt- und Verwaltungstätigkeit im Lager von einem einzigen Europäer nicht mehr zu bewältigen war.

Soweit die Tätigkeit der Reiseärzte sich auf die Feststellung der Ausdehnung der Schlafkrankheit und des Verseuchungsgrades erstreckt, erfuhr sie durch Stellung von Spezialaufgaben und durch einige Widerwärtigkeiten manche Behinderung, so daß das neu bearbeitete Gebiet nur klein ist.

Das Verhalten der Bevölkerung gab in einigen Fällen zu Klagen Anlaß, so namentlich im Bezirk Kratschi, wo die Einwohner durch Davonlaufen über die nahe englische Grenze die Untersuchungen lahmlegten. Im Bezirk Misahöhe ist durch beharrliches Vorgehen der gewünschte Erfolg erreicht worden, und in Kratschi wird es voraussichtlich ebenso möglich sein.

Auf Grund unserer Erfahrungen waren wir zu dem Ergebnis gekommen, daß die Schlafkrankheit in Mitteltogo jüngeren Datums ist, die erst mit dem wachsenden Verkehr etwa der letzten 10 Jahre an Ausbreitung gewonnen hat. In Deutschland neigten hingegen die Sachverständigen zu der Ansicht, daß die Schlafkrankheit ziemlich an der ganzen Westküste Afrikas und so auch in Togo seit alters her endemisch herrsche, aber aus einem noch nicht geklärten Grunde wenig zu epidemischer Ausbreitung neige.

Um zuverlässige Morbiditätszahlen zu erlangen, wurde in drei Orten räumlich auseinanderliegender Landschaften (Kratschi, Lawanjo-Deme und Towe-Ati) die gesamte Bevölkerung auf das Bestehen einer Trypanosomeninfektion mikroskopisch untersucht, und zwar, wo punktierbare Drüsen vorhanden waren, durch Untersuchung von Drüsensaft, bei den übrigen durch Untersuchung des Blutes im frischen Präparat. Diese Untersuchung, die von Dr. Engelhardt und dem Berichterstatter ausgeführt worden ist, ergab unter

1 096 Erwachsenen 17 Kranke gleich 1,55 % und unter
329 Kindern 2 Kranke gleich 0,61 %;

die Zahl der infizierten Kinder zu der der Erwachsenen verhält sich demnach wie 1 : 2,5.

Eine ähnliche Verhältniszahl erhält man durch eine Zusammenstellung der Ergebnisse der auf dem sonst üblichen Wege gewonnenen Zahlen (Untersuchung auf Trypanosomeninfektion nur bei Personen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

mit vergrößerten Halsdrüsen oder bei klinisch Verdächtigen); diese sind für die im Berichtsjahr untersuchten Landschaften:

	Männer		Frauen		Erwachsene		Kinder	
	untersucht	krank	untersucht	krank	untersucht	krank	untersucht	krank
Lawanjo....	577	16	671	11	1 248	27	824	5
Towe	319	21	431	19	750	40	321	3
Tafie.....	656	4	940	3	1 596	7	915	3
Kebu	155	2	275	1	430	3	245	1
Njangbo....	405	5	647	4	1 052	9	516	4
Gadja.....	278	3	351	1	629	4	311	1
Atigbe	219	8	289	8	508	16	249	0
Assaun	176	6	197	4	373	10	183	2
3 Orte Towes	252	6	283	2	535	8	264	1
	3 037	71	4 084	53	7 121	124	3 828	20
	2,34 %		1,3 %		1,74 %		0,53 %	

Es verhält sich also hier die Zahl der infizierten Kinder zu der der Erwachsenen wie 1 : 3,3. Die obige Tabelle zeigt, daß die Männer den größten Prozentsatz von Schlafkranken abgeben. Berücksichtigt man, daß sie den beweglichsten Teil der Bevölkerung bilden, die als Händler und Lastträger die Handelswege bevölkern, von denen jährlich tausende für mehrere Monate auf Verdienst nach der Goldküste gehen, so begreift man, wie mit dem Aufschwung des Handels im Bezirk Misahöhe auch die Schlafkrankheit an Ausdehnung gewinnen mußte.

Daß die Schlafkrankheit tatsächlich zunimmt, konnte für die zwei Landschaften, in denen im Berichtsjahr die Untersuchung wiederholt wurde, an Hand der von uns angelegten namentlichen Einwohnerverzeichnisse nachgewiesen werden: in Lawanjo ist nach des Berichterstatters Untersuchungen und Berechnungen der Verseuchungsgrad innerhalb 9 Monaten

von 0,8 % (von 2 179 untersuchten) auf 1,55 % (von 2 056 untersuchten), und in Towe von
0,54 % (unter 929) im Oktober 1908 auf
1,9 % (unter 1 161) im Februar 1910 und auf
3,75 % (unter 1 068) im August 1911 gestiegen.

Glossina palpalis ist an den Dorfwasserplätzen im Bezirk Misahöhe überall, bald mehr bald weniger zahlreich, zu finden, so daß die Frauen in erster Linie für die Entstehung von örtlichen Seuchenherden in Betracht kommen.

Nicht gefunden wurden Palpales, obwohl Zupitza in diesem wie schon im vorigen Jahre danach gesucht hatte, selbst unter den für sie günstigsten Bedingungen im Bezirk Mangu nordwärts von Tschopowa im Bereich der Otiniederung, so daß dort nur die allerorts vertretene Tachinoides als Überträgerin der Schlafkrankheit in Betracht kommt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2. Die Behandlung der Kranken.

Über die Tätigkeit im Lager ist zu berichten:

Die Kranken werden im Lager morgens und nachmittags gemessen; bei einer Temperatur von 37,4 und darüber wird ein lebendes Blutpräparat auf einen etwaigen Rückfall hin untersucht. In der Beobachtungsdauer im Lager ist eine Abkürzung in der Weise eingetreten, daß Kranke ohne verdächtige Temperatursteigerung nach 9 Monaten Lagerbeobachtung zur Entlassung kommen, Kranke mit einer Temperatursteigerung über 37,4 jedoch noch mindestens 3 Monate weiter beobachtet werden, da bislang 37,5 die niedrigste Temperatur ist, bei der ein Rückfall festgestellt wurde, und $2^1/_2$ Monate die längste Zeit ist, nach der nach einer Temperatursteigerung die nächste Temperaturerhöhung auftrat, als deren Ursache durch den Nachweis von Trypanosomen im Blute ein Rückfall erkannt wurde.

In der Behandlung der Kranken ist keine wesentliche Veränderung gegenüber früher eingetreten; Arsenophenylglyzerin hat sich weiter zur Behandlung von Frühfällen, und mit solchen haben wir es jetzt dank der hiesigen Organisation fast durchweg zu tun, sehr gut bewährt.

Die Ergebnisse der Behandlung im Schlafkrankenlager Kluto sind in nachfolgender Übersicht zusammengestellt, abgeschlossen Ende Mai 1912. Es sei daran erinnert, daß es sich fast ausschließlich um Kranke im Anfangsstadium handelt; von den 461 Kranken waren nur 5 bei ihrer Aufnahme in weit vorgeschrittenem Stadium.

Zahl der Behandelten	Im Lager	In Beobachtung entlassen und anscheinend gesund; Jahre zwischen letzter Arzneigabe und letzter Untersuchung	Rückfälle und Verschlechterungen	Verstorben nicht an Schlafkrankheit	Schicksal unbekannt
		1. Nur Atoxyl.			
		A. Einmalige einfache oder Doppelinjektion; Menge 1,0 g			
7	—	—	5 (71 %)	2 (29 %)	—
		B. Mehrmalige Doppelinjektion am 10. und 11. oder 11. und 12. Tage; Menge pro Injektion bis zu 0,5 g			
		a) unter 15 Doppelinjektionen			
14	—	5 (36 %) ($2\,^{10}/_{12}$—$3\,^{6}/_{12}$ J.)	7 (50 %)	1 (7 %)	1 (7 %)
		b) 15—20 Doppelinjektionen			
37	—	7 ($2\,^{7}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.) 22 (3—$3\,^{4}/_{12}$ J.) 29 (51 %)	16 (28 %)	5 (9 %)	7 (12 %)
		C. Nach erster (Doppel-) Injektion 3 Monate Pause			
		a) Menge 2,0 g			
1	—	1 ($2\,^{6}/_{12}$ J.)	—	—	—
		b) Menge 8,0 g			
6	—	6 ($2\,^{8}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.)	—	—	—
85	—	16 ($2\,^{6}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.) 25 (3—$3\,^{6}/_{12}$ J.) 41 (48 %)	28 (33 %)	8 (9,5 %)	8 (9,5 %)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Behandelten	Im Lager	In Beobachtung entlassen und anscheinend gesund. Jahre zwischen letzter Arzneigabe und letzter Untersuchung	Rückfälle und Verschlechterungen	Verstorben nicht an Schlafkrankheit	Schicksal unbekannt
		2. Nur Auripigment (2,6—4,77 g)			
3	—	3 (3 J.)	—	—	—
		3. Auripigment (0,85—1,75 g) und Atoxyl (1,0—2,0 g)			
8	—	5 ($2\,^{9}/_{12}$—$3\,^{2}/_{12}$ J.) (62 %)	3 (38 %)	—	—
		4. Nur Arsacetin			
		Doppelinjektionen mit 9—12 Tagen Pause			
		A. Einzeldosis 0,5; $6\,^{1}/_{2}$—7 Doppelinjektionen			
3	—	3 ($3\,^{1}/_{12}$ J.)	—	—	—
		B. Einzeldosis 0,6			
		a) $1\,^{1}/_{2}$—2 Doppelinjektionen			
25	—	2 ($2\,^{7}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.) 7 (3—$3\,^{1}/_{12}$ J.) 9 (36 %)	10 (40 %)	1 (4 %)	5 (20 %)
		b) 6 Doppelinjektionen			
5	—	3 (3—$3\,^{1}/_{12}$ J.) (60 %)	2 (40 %)	—	—
33	—	2 ($2\,^{7}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.) 13 (3—$3\,^{1}/_{12}$ J.) 15 (46 %)	12 (36 %)	1 (3 %)	5 (15 %)
		5. Nur Arsenophenylglyzin			
		A. Wiederholte Injektionen			
		a) jeden dritten Tag 0,3 g, 4 bis 6 mal			
20	—	2 ($1\,^{6}/_{12}$—$1\,^{7}/_{12}$ J.) 10 ($2\,^{3}/_{12}$—$2\,^{4}/_{12}$ J.) 12	5 (25 %)	3	—
		b) jeden zehnten Tag 0,7, 6 mal			
1	—	—	1 (100 %)	—	—
		c) 2 bis 4 Doppelinjektionen mit 9—15 Tagen Pause			
		Gesamtmenge 0,029—0,036 g pro kg			
3	—	—	2 ($66\,^{2}/_{3}$ %)	1	—
		Gesamtmenge 0,074—0,16 g pro kg			
10	—	5 ($2\,^{4}/_{12}$—$2\,^{10}/_{12}$ J.)	1 (10 %)	3	1
		d) 2 oder 3 (Doppel-) Injektionen in Pausen von 1 oder 2 Monaten,			
		Gesamtmenge 0,0329—0,093 g pro kg			
5	—	4 ($1\,^{8}/_{12}$—$2\,^{8}/_{12}$ J.)	1 (20 %)	—	—
39	—	21	10 (25 %)	7	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Behandelten	Im Lager	In Beobachtung entlassen und anscheinend gesund; Jahre zwischen letzter Arzneigabe und letzter Untersuchung	Rückfälle und Verschlechterungen	Verstorben nicht an Schlafkrankheit	Schicksal unbekannt
Übertrag 39	—	21	10	7	1
B. Einmalige Doppelinjektion an aufeinander folgenden Tagen					
		a) Unter 0,020 g pro kg			
32	—	6 ($2\,^{5}/_{12}$—$2\,^{10}/_{12}$ J.) 4 ($3\,^{1}/_{12}$—$3\,^{5}/_{12}$ J.) 10 (30 %)	16 (50 %)	3 (10 %)	3 (10 %)
		b) 0,020—0,0299 g pro kg			
12	1 (8 %)	2 ($2\,^{10}/_{12}$—$2\,^{11}/_{12}$ J.) 3 (3—$3\,^{2}/_{12}$ J.) 5 (42 %)	4 (34 %)	1 (8 %)	1 (8 %)
		c) 0,030—0,0399 g pro kg			
13	—	2 ($1\,^{5}/_{12}$ J.) 4 (2 J.) 6 (46 %)	6 (46 %)	1 (8 %)	—
		d) 0,040—0,0449 g pro kg			
36	17 (47 %)	7 ($1\,^{1}/_{12}$—$1\,^{5}/_{12}$ J.) 6 (2—$2\,^{1}/_{12}$ J.) 13 (36 %)	4 (11 %)	1 (3 %)	1 (3 %)
		e) 0,045—0,0499 g pro kg			
43	19 (44 %)	4 ($^{9}/_{12}$—$^{10}/_{12}$ J.) 9 (1—$1\,^{11}/_{12}$ J.) 2 (2 J.) 15 (35 %)	7 (17 %)	1 (2 %)	1 (2 %)
		f) 0,050—0,0549 g pro kg			
119	22 (18 %)	13 ($^{9}/_{12}$—$^{11}/_{12}$ J.) 62 (1—$1\,^{9}/_{12}$ J.) 2 (2 J.) 77 (65 %)	15 (13 %)	5 (4 %)	—
		g) 0,055—0,0599 g pro kg			
31	—	28 ($1\,^{1}/_{12}$—$1\,^{11}/_{12}$ J.) (90 %)	2 (7 %)	1 (3 %)	—
		h. 0,060 g und mehr pro kg			
4	—	3 ($1\,^{10}/_{12}$—$1\,^{11}/_{12}$ J.) (75 %)	1 (25 %)	—	—
329	59 (18 %)	17 ($^{9}/_{12}$—$^{11}/_{12}$ J.) 114 (1—$1\,^{11}/_{12}$ J.) 40 (2—$2\,^{10}/_{12}$ J.) 7 (3—$3\,^{5}/_{12}$ J.) 178 (54 %)	65 (20 %)	20 (6 %)	7 (2 %)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zahl der Behandelten	Im Lager	In Beobachtung entlassen und anscheinend gesund; Jahre zwischen letzter Arzneigabe und letzter Untersuchung	Rückfälle und Verschlechterungen	Verstorben nicht an Schlafkrankheit	Schicksal unbekannt
6. Arsenophenylglyzin und Atoxyl					
1—2 Doppelinjektionen Arsenophenylglyzin (0,014—0,023 g pro kg), nach 1 1/2 Monaten 3 Doppelinjektionen Atoxyl 0,5 g pro Injektion					
3	—	3 (2 3/12—3 J.)	—	—	—

Schicksal der Rückfälle und Verschlechterungen

Letztes Behandlungsmittel	Im Lager	In Beobachtung entlassen und anscheinend gesund; Jahre zwischen letzter Arzneigabe und letzter Untersuchung	Gestorben an: Schlafkrankheit	Gestorben an: anderer Ursache	Schicksal unbekannt
Atoxyl.....	11	1 (4/12 J.) 4 (1 1/12—1 11/12 J.) 1 (2 6/12 J.) 6	10	—	1
Auripigment.	—	1 (2 J.)	8 (1 im 3. Stad.)	—	—
Atoxyl und Auripigment	—	1 (1 7/12 J.)	2	—	—
Arsacetin ...	—	1 (2 11/12 J.)	—	—	—
Arsenophenylglyzin	5	2 (6/12—7/12 J.) 4 (1 8/12—1 11/12 J.) 6 (2 3/12—2 11/12 J.) 12	8 (1 im 3. Stad.)	4	1
Unbehandelt	14	—	22 (3 im 3. Stad.)	1	—
Summe...	30 (28 %)	21 (20 %)	50 (46 %)	5 (4 %)	2 (2 %)
Insgesamt...	108				

Unter »Schicksal unbekannt« sind alle die in Beobachtung Entlassenen gezählt, die nach dem 1. Juli 1911 nicht nachuntersucht wurden; die in Beobachtung Entlassenen werden alle 3 Monate einige Tage auf Temperatursteigerung beobachtet und von ihnen ein lebendes Blutpräparat untersucht.

Bei der Beurteilung der Erfolge der Behandlung mit Arsenophenylglyzin ist zu berücksichtigen, daß 18 % der hiermit Behandelten noch in Lagerbeobachtung stehen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenfassend ergibt sich über die Gesamtbehandlung im Schlafkrankenlager Kluto folgendes: es sind

noch im Lager	89	gleich	18%,
in Beobachtung entlassen und anscheinend gesund	266	»	58%,
gestorben an Schlafkrankheit	50	»	11%,
» » anderer Ursache	34	»	8%,
Schicksal unbekannt	22	»	5%
	461		100.

Atoxylblind geworden sind 5 Personen.

Über die im Vorjahre in den Bezirken Sokode und Mangu aufgefundenen und, weil ihre Überweisung nach dem Schlafkrankenlager bei Misahöhe wegen der großen Entfernungen nicht angängig war, versuchsweise ambulatorisch behandelten 78 Schlafkranken läßt sich nichts Genaues berichten, weil eine sachkundige Beobachtung in dem noch mit keinem einzigen Arzte versorgten Hinterlande fehlt.

Nach Angabe der Eingeborenen hätten sich in den auf die Behandlung folgenden 3 Wochen unter den Behandelten mehrere Todesfälle zugetragen, die man, trotz sehr mangelhafter Beschreibung des Krankheitsbildes für Intoxikationen anzusehen hat.

Die Ursachen hierzu sind verschiedener Art. Erstens war die deletäre Einwirkung der in altem destillierten Wasser wachsenden Saprophyten auf das Arsenophenylglyzin (und auf das Salvarsan) noch nicht bekannt gewesen. Sodann kamen die Unfälle erst sehr spät zur Kenntnis des Behandelnden. Endlich waren die Behandelten in ihrer überwiegenden Mehrzahl nicht davon abzuhalten gewesen, unmittelbar nach der Doppelspritze nach ihrem mehr oder weniger entfernten Heimatsorte zurückzulaufen.

Trotz Klarstellung des »Wasserfehlers« und trotz seiner Vermeidbarkeit durch Mitführen eines kleinen Destillierapparates wird man vor einer ambulatorischen Behandlung Schlafkranker mit differenten Mitteln warnen müssen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk Lome

für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	.	159	.	133	.	26
Windpocken	.	3	.	3	.	.
Masern (Röteln)	.	1	.	1	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	11	.	9	.	.
Rose	1	.	1	.	.	.
Pyämie (Septicämie)	2	6	.	4	2	1
Unterleibstyphus	2	2	2	2	.	.
Malaria	83	248	65	198	.	6
Schwarzwasserfieber	4	.	.	.	1	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	1	28	.	3	.	6
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	5	.	1	.	1
Tuberkulose anderer Organe	.	1	.	.	.	.
Ruhr	44	83	26	53	.	8
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	2	6	2	3	.	3
Gelenkrheumatismus, akuter	6	10	4	11	.	.
» chronischer	1	29	1	21	.	.
Gicht	1	.	.	.	.	.
Blutarmut	7	12	5	6	.	1
Vergiftung durch Alkohol	.	1	.	.	.	1
» » Morphium	.	1	.	.	.	1
» » tierische Gifte	.	3	.	3	.	.
» » andere Gifte	.	5	.	3	.	1
Lepra	.	9	.	.	.	.
Framboesie	.	15	.	12	.	.
Bösartige Geschwülste	.	5	.	1	.	.
Kalahazar	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	158	650	106	465	3	55

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Geisteskrankheiten	2	.	.	.	.	.
Fallsucht	2	2	.	.	1	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	12	115	8	91	.	.
Krankheiten des Gehirns	.	7	.	.	.	1
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	.	1	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	3	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung	3	15	1	10	.	.
Nervenschwäche	4	14	3	8	.	.
Hysterie	.	5	.	2	.	.
Summe der Gruppe II	23	162	12	111	1	1
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	1	7	1	5	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	1	.	1	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	2	102	1	83	.	3
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	1	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	8	.	5	.	1
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	27	1	24	.	1
Lungenerweiterung	.	2	.	.	.	.
Asthma	.	14	.	2	.	.
Summe der Gruppe III	4	162	3	120	.	5
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Erkrankung der Herzklappen	.	16	.	.	.	.
Herzmuskelschwäche	3	21	1	17	.	1
Nervöse Störung der Herztätigkeit	4	21	2	13	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	.	3	.	1	.	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	.	1	.	1	.	.
Hämorrhoiden	3	26	1	24	.	.
Venenentzündung	1	4	1	4	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	6	92	5	89	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	3	2	2	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	15	87	11	76	.	.
Kropf	1	2	.	.	1	1
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	36	275	23	225	1	2
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	13	117	11	112	.	.
Mandelentzündung	6	26	6	23	.	.
Rachenentzündung	4	15	4	11	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	5	.	3	.	.
Akuter Magenkatarrh	4	26	2	21	.	.
Chronischer Magenkatarrh	.	3	.	3	.	.
Magengeschwür	1	2	1	2	.	.
Akuter Darmkatarrh	41	105	33	89	.	3
Chronischer Darmkatarrh	.	27	.	21	.	2
Brechdurchfall	.	3	.	2	.	1
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	1	46	.	37	.	.
Eingeklemmter Bruch	.	1	.	1	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	5	8	4	6	1	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	7	.	4	.	.
Katarrhalische Gelbsucht	1	3	1	2	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	2	59	1	43	1	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	21	.	18	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	2	.	1	.	.
Verstopfung	2	153	2	153	.	.
Summe der Gruppe V	80	629	65	552	2	6
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Nierenentzündung	.	12	.	6	.	1
Andere Krankheiten der Nieren, Nebennieren und Harnleiter	2	3	1	1	.	.
Blasenkatarrh	2	15	1	11	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	3	.	1	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	2	.	2	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	4	16	4	16	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Verengerung der Harnröhre	.	17	.	13	.	.
Wasserbruch	.	32	.	23	.	.
Krampfaderbruch	.	2	.	2	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	1	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	9	104	6	75	.	1
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	46	124	28	98	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	6	16	6	11	.	.
Feigwarzen	1	1	1	1	.	.
Weicher Schanker	11	26	8	22	.	.
Bubo	.	4	.	4	.	.
Syphilis	8	32	7	23	.	.
Summe der Gruppe VII	72	203	50	159	.	.
VIII. Augenkrankheiten.						
Tripperblennorrhoe	.	8	.	8	.	.
Krankheit der Lider	.	15	.	13	.	.
» der Bindehaut	4	120	2	93	.	.
» der Hornhaut	1	35	1	30	.	
» der Regenbogenhaut	.	18	.	14	.	.
» der Linse	.	9	.	1	.	.
» des Sehnerven und der Netzhaut	.	3	.	.	.	.
» des Brechungs- und Einstellungsvermögens	1	7	.	.	.	.
Nachtblindheit	.	3	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	1	7	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	7	225	3	159	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörganges	23	43	20	38	.	
Akute Mittelohrentzündung	4	12	2	10	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	16	.	11	.	.
Schwerhörigkeit	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	27	73	22	59	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	1	28	1	28	.	.
Akute Hautkrankheiten	15	52	6	39	.	.
Chronische Hautkrankheiten	14	81	12	67	.	.
Unterschenkelgeschwür	3	131	2	117	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	4	80	2	66	.	.
Furunkel	7	68	5	57	.	.
Gutartige Geschwülste	3	11	3	11	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	2	.	.	.	.
Geschwüre	4	145	2	122	.	.
Summe der Gruppe X	51	598	33	507	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	2	14	2	10	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	7	.	4	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	3	29	1	26	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	13	.	10	.	.
Fußgeschwulst	.	8	.	7	.	.
Muskelrheumatismus	1	10	1	8	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	1	11	1	7	.	.
Sehnenscheidenentzündung	2	13	1	11	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	17	.	17	.	.
Summe der Gruppe XI	9	122	6	100	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Quetschung ohne äußere Wunde	4	45	3	39	.	.
Knochenbruch des Oberarms	1	1	1	1	.	.
» » Unterarms	1	4	1	4	.	.
» der Hand	.	3	.	3	.	.
» des Oberschenkels	.	2	.	2	.	.
» » Unterschenkels	.	2	.	2	.	.
» » Fußes	.	1	.	1	.	.
» » Kopfes	.	3	.	3	.	.
» der Rippen	1	.	1	.	.	.
» » Wirbelsäule	.	1	.	1	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	8	1	5	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	1	7	1	3	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	3	.	3	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	1	.	1	.	.
Schußwunden	.	10	.	7	.	2
Hieb- und Schnittwunden	2	79	1	65	.	.
Stichwunden	.	1	.	1	.	.
Riß- und Quetschwunden	3	231	2	198	.	2
Bißwunden	.	8	.	7	.	.
Verbrennung	.	16	.	13	.	.
Summe der Gruppe XII	14	426	11	359	.	4
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Filariasis	1	105	1	90	.	.
Ankylostomiasis	.	11	.	10	.	.
Bandwurm	12	3	9	3	.	.
Bilharciosis	.	8	.	4	.	.
Sandflohgeschwür	.	8	.	8	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	6	.	2	.	.
Summe der Gruppe XIII	13	141	10	117	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Krankheiten d. äußeren Geschlechtsorgane	.	5	.	5	.	.
Krankheiten der Scheide	1	15	.	12	.	.
» » Gebärmutter	1	17	1	13	.	.
» » Tuben	1	4	1	2	.	.
Krankheiten des Beckenbindegewebes	.	11	.	4	.	.
Lageveränderung der Gebärmutter	.	4	.	1	.	.
Geschwülste der Geschlechtsorgane	.	6	.	6	.	.
Störungen der Menstruation	1	14	1	10	.	.
» » Schwangerschaft	2	20	1	16	.	.
» » Geburt	.	2	.	2	.	.
Mißbildungen der Geschlechtsorgane	.	2	.	1	.	.
Summe der Gruppe XIV	6	100	4	72	.	.
XV. Andere Krankheiten.						
Selbstmord (versuch)	.	2	.	.	.	2
Allgemeine Körperschwäche	.	3	.	.	.	3
Zur Beobachtung	.	23	.	.	.	.
Mißbildungen	.	4	.	2	.	.
Lüstrum	.	5	.	5	.	.
Summe der Gruppe XV	.	37	.	7	.	5

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 2.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk Anecho
für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	.	14	.	14	.	.
Windpocken	.	4	.	4	.	
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	3	.	3	.	.
Rose	.	6	.	6	.	.
Unterleibstyphus	2	1	1	1	.	.
Malaria	5	285	5	253	.	2
Schwarzwasserfieber	1	.	1	.	.	.
Gelbfieber	.	1	.	1	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	13	.	.	.	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	2	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	.	1	.	.	.	.
Ruhr	4	32	3	30	.	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	.	3	.	.	.	1
Gelenkrheumatismus, akuter	.	10	.	8	.	.
» chronischer	.	4	.	.	.	.
Blutarmut	1	8	1	.	.	.
Skorbut	.	2	.	2	.	.
Zuckerkrankheit	.	2	.	.	.	.
Vergiftung	.	2	.	2	.	.
Lepra	.	2	.	.	.	.
Framboesie	.	20	.	10	.	.
Bösartige Geschwülste	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	13	419	11	334	.	3
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Fallsucht	.	1	.	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	34	.	22	.	.
Krankheiten des Gehirns	.	7	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung	.	1	.	.	.	.
Nervenschwäche	.	12	.	.	.	.
Hysterie	.	7	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	.	65	.	22	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	.	3	.	2	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	7	.	7	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	46	.	40	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	12	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	5	.	5	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	9	.	9	.	.
Summe der Gruppe III	.	82	.	63	.	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Erkrankung der Herzklappen	.	32	.	.	.	1
Herzmuskelschwäche	.	.	.	.	.	1
Herzhypertrophie	.	7	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	.	10	.	.	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	.	2	.	.	.	1
Hämorrhoiden	1	2	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	.	16	.	5	.	.
Kropf	.	3	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	1	75	.	5	.	3
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	15	80	15	80	.	.
Zungenentzündung	.	2	.	2	.	.
Mandelentzündung	1	28	1	28	.	.
Rachenentzündung	.	2	.	2	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	16	.	16	.	.
Akuter Magenkatarrh	1	19	1	19	.	.
Chronischer Magenkatarrh	1	9	1	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	39	.	39	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	.	.	.	.	1
Eingeklemmter Bruch	.	2	.	2	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	.	4	.	4	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Katarrhalische Gelbsucht	.	4	.	4	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	3	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	11	.	7	.	.
Obtipation	.	51	.	51	.	.
Summe der Gruppe V	18	281	18	254	.	1
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Nierenentzündung	.	9	.	6	.	.
Blasenkatarrh	.	6	.	4	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	.	4	.	3	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	14	.	13	.	.
Verengerung der Harnröhre	.	8	.	.	.	.
Wasserbruch	.	1	.	1	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	.	46	.	27	.	.
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	4	37	4	30	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	4	.	4	.	.
Feigwarzen	1	.	1	.	.	.
Bubo	.	12	.	12	.	.
Syphilis	.	12	.	1	.	.
Summe der Gruppe VII	5	65	5	47	.	.
VIII. Augenkrankheiten.						
Ansteckende akute Blennorrhoe	.	5	.	4	.	.
Krankheit der Lider	.	1	.	1	.	.
» der Bindehaut	1	44	1	42	.	.
» der Hornhaut	.	8	.	2	.	.
» der Linse	.	6	.	.	.	.
» des Sehnerven und der Netzhaut	.	3	.	.	.	.
» des Brechungs- und Einstellungsvermögens	.	3	.	1	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	1	73	1	50	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörganges	1	5	1	5	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	20	.	12	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	13	.	5	.	.
Schwerhörigkeit	.	1	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	2	.	1	.	.
Summe der Gruppe IX	1	41	1	23	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	.	35	.	35	.	.
Akute Hautkrankheiten	.	10	.	8	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	35	.	23	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	95	.	82	.	.
Panaritium	.	3	.	3	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	5	71	5	68	.	.
Furunkel	4	14	4	14	.	.
Gutartige Geschwülste	1	28	1	14	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	8	.	5	.	.
Ringwurm	1	20	1	20	.	.
Summe der Gruppe X	11	319	11	272	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	.	6	.	5	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	8	.	5	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	2	.	.	.	.
Plattfüßigkeit und Folgezustände	.	1	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	.	30	.	30	.	.
Muskelzerrung	1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	.	1	.	1	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	.	1	.	1	.	.
Sehnenscheidenentzündung	.	1	.	1	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	4	.	2	.	.
Summe der Gruppe XI	1	54	1	45	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Knochenbruch des Unterarms	1	1	1	1	.	.
» der Hand	.	1	.	1	.	.
» » Rippen	.	1	.	1	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	.	1	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	.	1	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	1	.	1	.	.
Schußwunden	1	10	1	10	.	.
Hieb- und Schnittwunden	1	72	1	72	.	.
Stichwunden	.	10	.	10	.	
Riß- und Quetschwunden	.	105	.	102	.	.
Bißwunden	.	5	.	5	.	.
Verbrennung	.	3	.	3	.	.
Summe der Gruppe XII	3	211	3	208	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Filariasis	.	10	.	5	.	.
Ankylostomiasis	.	14	.	14	.	.
Bilharciosis	.	7	.	.	.	.
Sandflohgeschwür	.	4	.	4	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	1	.	1	.	.	.
Ascaris	.	24	.	24	.	.
Guineawurm	.	8	.	8	.	.
Summe der Gruppe XIII	1	67	1	55	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Schwangerschaft	.	36	.	.	.	.
Retroflexio uteri	.	6	.	.	.	.
Menstruationsstörungen	.	10	.	.	.	.
Abort	.	12	.	.	.	.
Entbindungen	.	7	.	.	.	.
Sonstige Krankheiten dieser Gruppe	.	24	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	.	95	.	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.						
Vorgetäuschte Krankheiten	.	4	.	.	.	.
Allgemeine Körperschwäche	.	2	.	.	.	.
Altersschwäche	.	1	.	.	.	.
Zur Beobachtung	1	16	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	1	23	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 3.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk Misahöhe

für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.						
Pocken	.	8	.	7	.	1
Windpocken	.	8	.	8	.	.
Malaria	7	29	7	29	.	.
Gelbfieber	.	2	.	.	.	2
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	9	.	.	.	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	1	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	.	2	.	.	.	.
Trypanosomiasis	.	1	.	.	.	.
Ruhr	3	4	3	4	.	.
Starrkrampf (Trismus, Tetanus)	.	1	.	1	.	.
Gelenkrheumatismus, chronischer	.	1	.	.	.	.
Lepra	.	5	.	.	.	.
Framboesie	.	2	.	2	.	.
Bösartige Geschwülste	.	3	.	1	.	.
Summe der Gruppe I	10	76	10	52	.	3
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	7	.	7	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	1	.	.	.	.
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	.	1	.	.	.	.
Nervenschwäche	.	4	.	.	.	.
Hysterie	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	2	.	1	.	.
Summe der Gruppe II	.	16	.	8	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	.	1	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	6	.	6	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	1	.	1	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	5	.	5	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	4	.	4	.	.
Asthma	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	1	17	1	15	.	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Erkrankung der Herzklappen	.	1	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	5	.	4	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	1	7	.	4	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	14	1	14	.	.
Zungenentzündung	.	1	.	1	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	3	.	3	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	1	.	1	.	.
Akuter Magenkatarrh	3	6	3	6	.	.
Chronischer Magenkatarrh	.	1	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	2	.	2	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	4	.	1	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	1	2	1	2	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	1	2	.	1	1	1
Katarrhalische Gelbsucht	.	3	.	3	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	2	2	2	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	1	.	1	.	.
Obstipation	1	14	1	14	.	.
Dyspepsie	2	1	2	1	.	.
Summe der Gruppe V	11	57	10	50	1	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane (mit Ausnahme der venerischen).						
Blasenkatarrh	.	1	.	1	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	1	.	1	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	.	1	.	.
Verengerung der Harnröhre	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	.	5	.	3	.	.
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	4	21	4	21	.	.
Weicher Schanker	.	2	.	.	.	.
Bubo	2	8	2	7	.	.
Syphilis	2	12	2	6	.	.
Summe der Gruppe VII	8	43	8	34	.	.
VIII. Augenkrankheiten.						
Akute Blennorrhoe, ansteckend	.	2	.	2	.	.
Krankheit der Bindehaut	1	10	1	10	.	.
» der Hornhaut	.	3	.	2	.	.
» des Sehnerven und der Netzhaut	.	1	.	.	.	.
» des Brechungs- und Einstellungsvermögens	.	1	.	1	.	.
Summe der Gruppe VIII	1	17	1	15	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.						
Chronische Mittelohrentzündung	.	1	.	1	.	.
Summe der Gruppe IX	.	1	.	1	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	.	4	.	4	.	.
Akute Hautkrankheiten	.	7	.	7	.	.
Chronische Hautkrankheiten	1	8	1	8	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	49	.	49	.	.
Panaritium	.	8	.	8	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	.	17	.	17	.	.
Furunkel	2	3	2	3	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
Gutartige Geschwülste	.	5	.	5	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	6	.	5	.	.
Summe der Gruppe X	3	107	3	106	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	.	3	.	3	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	5	.	3	.	.
Muskelrheumatismus	.	4	.	4	.	.
Sehnenscheidenentzündung	1	2	1	2	.	.
Summe der Gruppe XI	1	14	1	12	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.						
Quetschung ohne äußere Wunde	.	2	.	2	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	1	.	1	.	.
» » Oberschenkels	.	1	.	1	.	.
» » Unterschenkels	.	2	.	2	.	.
» der Kniescheibe	.	2	.	2	.	.
» des Fußes	.	1	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	2	.	2	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	1	.	1	.	.
Schußwunden	1	10	1	10	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	15	.	15	.	.
Stichwunden	.	1	.	1	.	.
Riß- und Quetschwunden	.	25	.	25	.	.
Bißwunden	.	1	.	1	.	.
Verbrennung		1	.	1	.	.
Summe der Gruppe XII	1	65	1	64	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Filariasis	.	2	.	1	.	.
Ankylostomiasis	.	4	.	3	.	.
Bilharciosis	.	1	.	1	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	.	2	.	2	.	.
Guineawurm	.	5	.	5	.	.
Summe der Gruppe XIII	.	14	.	12	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Geburt	.	1	.	1	.	.
Abort	.	1	.	1	.	.
Sonstiges	.	7	.	5	.	.
Summe der Gruppe XIV	.	9	.	7	.	.
XV. Andere Krankheiten.						
Allgemeine Körperschwäche	.	1	.	.	.	.
Altersschwäche	.	1	.	.	.	.
Zur Beobachtung	.	20	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	22	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 4.

Nachweisung

über die im Jahre 1911/12 in Togo verstorbenen Europäer.

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Beruf	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
1	G.	männl.	Landwirt	8. 4. 1911	Ruhr	Gleichzeitig Leberabszeß
2	H.	»	Tischler	14. 5. 1911	Schwarzwasserfieber	—
3	H.$_1$	weibl.	Beamtenfrau	23. 7. 1911	Sepsis	—
4	S.$_1$	»	Missionsfrau	Dez. 1911	Perforationsperitonitis? bei Dysenterie	Nicht in ärztlicher Behandlung
5	F.	»	Kaufmannsfrau	11. 1. 1912	Herzschwäche	Kollaps nach Einlauf mit Karbolsäurelösung ohne ärztliche Verordnung
6	B.	»	Beamtenfrau	3. 2. 1912	Blinddarmentzündung, Abort	—
7	F.	männl.	Kaufmann	21. 2. 1912	Sepsis	Aus Dahomey zugegangen
8	S.	»	Heizer	30. 3. 1912	Epilepsie	Von Dampfer Walburg zugegangen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

IV. Südwestafrika*).

Verzeichnis

der im Kalenderjahre 1911 im südwestafrikanischen Schutzgebiet verstorbenen Weißen.

Iststärke: 14816 Weiße.

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
			Bezirk Grootfontein.		
1	28 Jahre	Arbeiter	Bur	1¼ Jahre	Gehirnblutung, Tuberkulose der Lungen und chronische Nierenentzündung
2	44 Jahre	»	Österreicher	¼ Jahr	Lungenentzündung
3	9 Monate	Kind	Preuße	9 Monate	Zahnkrämpfe und Durchfall
4	20 Jahre	Polizeisergeant	Preuße	6 Jahre	Selbstmord
5	31 Jahre	Arbeiter	Keine	Unbekannt	Epileptische Krämpfe durch alten Schädelbruch und Nierenentzündung
6	36 Jahre	Polizeisergeant	Preuße	4 Jahre	Verwundung durch Giftpfeil
7	39 Jahre	Bergmann	Preuße	8 Tage	Quetschung der Brust, Darmzerreißung infolge Unglücksfalles
8	41 Jahre	Händler	Württemb.	4 Jahre	Ermordet
9	6 Tage	Kind	Sachsen-Altenburger	6 Tage	Schwäche
10	4 Jahre	»	Deutscher	4 Jahre	Halskrankheit
11	7 Tage	»	Preuße	7 Tage	Nierenentzündung
12	4 Monate	»	Keine	4 Monate	Erstickt

*) Ein Medizinalbericht ist nicht eingegangen. Über den Sanitätsbericht der Kaiserlichen Schutztruppe für Südwestafrika siehe Anhang S. 649.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
13	64 Jahre	Farmer	Engländer	Unbekannt	Herzschlag
14	1 Jahr 6 M.	Kind	Keine	1½ Jahre	Malaria
15	35 Jahre	Ehefrau	Preuße	Unbekannt	Magenkrankheit

Außerdem eine weibliche Totgeburt.

Bezirk Outjo.

1	10 Monate	Kind	Preuße	10 Monate	Ruhr und Zahnkrämpfe
2	7 Monate	»	»	7 Monate	Zahnkrämpfe
3	1 Jahr 4 M.	»	»	1 Jahr 4 M.	Ruhr

Distrikt Omaruru.

1	25 Jahre	Gärtner	Preuße	Unbekannt	Am Motor verunglückt
2	38 Jahre	Eisenb.-Betr.-Kontrolleur	Holländer	Unbekannt	Selbstmord
3	25 Jahre	Farmer	Preuße	Unbekannt	Selbstmord
4	26 Jahre	Farmvolontär	»	Unbekannt	Malaria (Herzschwäche)
5	29 Jahre	Brunnenbauer	Bayer	7 Jahre	Verunglückt beim Brunnenbau durch Sprengschüsse
6	43 Tage	Kind	Preuße	43 Tage	Unbekannt

Außerdem zwei männliche Totgeburten.

Bezirk Swakopmund.

1	5 Monate	Kind	Mecklenb.-Schweriner	5 Monate	Chronischer Darmkatarrh
2	3 Monate	»	Preuße	3 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh
3	52 Jahre	Glaser	Österreicher	5¼ Jahre	Lungentuberkulose
4	38 Jahre 4 M	Regierungslehrer	Preuße	1¾ Jahre	Typhus
5	26 Jahre 11 M.	Landwirt	»	26 Jahre 11 M.	Lungentuberkulose
6	2 Monate	Kind	»	2 Monate	Darmkatarrh
7	28 Jahre 2 M.	Heizer	»	7 Jahre	Ertrunken
8	1 Monat	Kind	Engländer	10 Tage	Lues congenita
9	6 Monate	»	Preuße	6 Monate	Darmkatarrh
10	2 Monate	»	»	2 Monate	»
11	3 Monate	»	»	3 Monate	»
12	77 Tage	»	»	77 Tage	»

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
13	51 Jahre	Fischer	Preuße	9½ Jahre	Gehirn- u. Rückenmarkleiden
14	30 Jahre 5 M.	Schlachter	»	1 Jahr	Selbstmord
15	43 Jahre	Ordensschwester	Schweizer	20 Jahre	Herzschwäche
16	5 Monate	Kind	Preuße	5 Monate	Magen- und Darmkatarrh
17	41 Jahre 3 M.	Maurer	«	4½ Jahre	Herzschlag
18	8 Tage	Kind	Österreicher	8 Tage	Unbekannt
19	1 Jahr 1 M.	»	Preuße	1 Jahr 1 M.	Kinderkrämpfe
20	10 Tage	»	»	10 Tage	Lebensschwäche
21	64½ Jahr	Keltermeister	»	2 Jahre	Selbstmord
22	2 Monate	Kind	»	2 Monate	Darmkatarrh
23	1 Jahr	»	»	1 Jahr	Tuberkulöse Hirnhautentzündung
24	1 Jahr 7 M.	»	Els.-Lothr.	1 Jahr 7 M.	Brechdurchfall
25	29 Jahre 9 M.	Schlosser	Hamburger	4¾ Jahre	Chronische Nierenentzündung
26	47 Jahre	»	Preuße	4½ Jahre	Herzschwäche nach schwerem Unfall

Außerdem eine Totgeburt.

Bezirk Karibib.

1	35 Jahre	Maler	Badenser	2 Jahre	Selbstmord
2	16 Tage	Kind	Preuße	16 Tage	Allgemeine Lebensschwäche
3	74 Jahre	Kaufmann	Keine	40 Jahre	Altersschwäche
4	42 Tage	Kind	Preuße	42 Tage	Allgemeine Lebensschwäche
5	40 Jahre	Ehefrau	»	3 Jahre	Herzschlag
6	31 Jahre	Kaufmann	»	5 Jahre	Verstümmelung durch Dynamit
7	5 Monate	Kind	»	5 Monate	Nierenentzündung
8	55 Jahre	Arbeiter	Holländer	4 Jahre	Herzklappenfehler und Nierenentzündung
9	78 Jahre	Witwe	Keine	42 Jahre	Altersschwäche
10	24 Jahre	Sergeant	Sachse	5 Jahre	Selbstmord
11	3 Monate	Kind	Preuße	3 Monate	Allgemeine Lebensschwäche

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
			Distrikt Okahandja.		
1	8 Monate	Kind	Preuße	8 Monate	Kinderkrankheit
2	1 1/2 Monate	»	Engländer	1 1/2 Monat	»
3	32 Jahre	Ehefrau	Anhaltiner	3 Jahre	Herzschwäche
4	28 Jahre	Schlosser	Preuße	2 Jahre	Selbstmord
	Außerdem drei Totgeburten.				
			Distrikt Gobabis.		
1	30 Jahre	Farmer	Preuße	7 Jahre	Vermutlich Herzschlag
2	5 Tage	Kind	»	5 Tage	Vermutlich Lebensschwäche
3	40 Jahre 9 M.	Farmverwalter	Sachse	18 Jahre	Lungentuberkulose
	Außerdem eine Totgeburt.				
			Bezirk Windhuk.		
1	9 Wochen	Kind	Preuße	9 Wochen	Säuglingsabzehrung
2	10 Wochen	»	Keine	10 Wochen	Magen- und Darmkatarrh
3	7 Monate	»	Preuße	7 Monate	Magen- und Darmkatarrh
4	2 Tage	»	»	2 Tage	Schwäche
5	3 1/2 Monate	»	Schwede	3 1/2 Monate	Eklampsie
6	55 Jahre	Unbekannt	Engländer	Unbekannt	Selbstmord
7	34 Jahre	Ehefrau	Preuße	2 Jahre	Bauchfellentzündung und Ruhr
8	46 Jahre	Ansiedler	»	Unbekannt	Erstickung
9	3 Wochen	Kind	Sachs.-Cob.-Gothaer	3 Wochen	Lebensschwäche
10	4 Monate	»	Preuße	4 Monate	Paedatrophie
11	6 Tage	»	Sachs.-Altbg.	6 Tage	Schwäche
12	40 Jahre	Direktor	Oldenburger	Unbekannt	Nierengeschwulst
13	28 Jahre	Sergeant	Preuße	»	Unglücksfall (vom Pferde gestürzt)
14	4 Tage	Kind	»	4 Tage	Schwäche
15	37 Jahre	Ehefrau	»	Unbekannt	Bauchfellentzündung
16	2 Jahre	Kind	Engländer	2 Jahre	Rippenfellentzündung
17	9 Wochen	»	Preuße	9 Wochen	Lebensschwäche
18	26 Jahre	Kaufmann	Sachse	1 1/2 Jahre	Selbstmord
19	2 Tage	Kind	Preuße	2 Tage	Lebensschwäche

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
20	3¾ Jahre	Kind	Preuße	3¾ Jahre	Lungenentzündung
21	43 Jahre	Gouv.-Assistent	»	5 Jahre	Unglücksfall (in einen Brunnen gestürzt)
22	64 Jahre	Kaufmann	»	5 Jahre	Magenkrebs
23	7½ Monate	Kind	Sachse	7½ Monate	Darmkatarrh
24	10 Wochen	»	Mecklenb.-Schweriner	10 Wochen	Erstickung durch Verschlucken

Außerdem zwei männliche Totgeburten.

Bezirk Rehoboth.

1	21 Jahre	Ansiedler	Kolonial-Engländer	15 Jahre	Lungenentzündung
2	44 Jahre	Ehefrau	Preuße	6 Jahre	Infolge Operation

Bezirk Gibeon.

1	30 Jahre	Ehefrau	Preuße	6 Jahre	Zuckerkrankheit
2	77 Jahre	Farmer	Brite	48 Jahre	Altersschwäche
3	26 Jahre	Wirtschafterin	Bayer	1½ Jahre	Herzschlag
4	35 Jahre	Stabsarzt	Preuße	7 Jahre	Schlaganfall
5	1 Jahr	Kind	»	1 Jahr	Fieberhafter Darmkatarrh
6	1 Jahr	»	Brite	1 Jahr	Malaria
7	25 Jahre	Farmer	Bayer	4 Jahre	Selbstmord
8	7 Monate	Kind	Brite	7 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh

Distrikt Maltahöhe.

1	28 Jahre	Sergeant in der Schutztruppe	Preuße	6¾ Jahre	Durch Sturz vom Pferde
2	33 Jahre	Polizeisergeant	Bayer	6½ Jahre	Selbstmord
3	32 Jahre	Farmer	Preuße	6¾ Jahre	Von Buschleuten ermordet
4	48 Jahre	Farmarbeiter	Engländer	3 Jahre	Lungenschwindsucht
5	23 Jahre	Ehefrau	»	2 Jahre	Kindbettfieber
6	3¾ Monate	Kind	Preuße	3¾ Monate	Herzschwäche

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
		Bezirk Keetmanshoop einschl. Hasuur.			
1	29 Jahre	Zugführer	Hamburger	1 Jahr	Überfahren vom Zuge
2	25 Jahre	Ansiedler	Sachse	4 Jahre	Selbstmord durch Erhängen
3	23 Jahre	Gefreiter der Schutztruppe	Bayer	4 Jahre	Selbstmord durch Erschießen
4	5 Tage	Kind	Preuße	5 Tage	Allgem. Schwäche
5	30 Jahre	Arbeiter	Engländer	Unbekannt	Maltafieber
6	40 Jahre	Gastwirt	Preuße	18 Jahre	Innere Verblutung
7	27 Jahre	Wäscherin	Engländer	3 Jahre	Syphilis
8	35 Jahre	Polizei-Wachtmeister	Preuße	3 Jahre	Typhus
9	35 Jahre	Lokomotivführer	»	7 Jahre	Verunglückt
10	1 1/2 Jahre	Kind	»	6 Monate	Lungenentzündung
11	65 Jahre	Ehefrau	Engländer	9 Jahre	Wassersucht
12	46 Jahre	Maschinist	»	Unbekannt	Herzschwäche
13	24 Jahre	Kondukteur	Reichsangeh.	6 Monate	Typhus
14	20 Jahre	Arbeiter	Sachse	2 Jahre	Typhus
15	31 Jahre	Stütze	Preuße	2 Monate	Vergiftung
16	55 Jahre	Ehefrau	Badenser	21 Jahre	Herzschwäche
17	24 Jahre	Reiter d. Kais. Schutztrupe	Preuße	1 1/2 Jahre	Lungen- und Brustfellentzündung
18	48 Jahre	Landmesser	»	10 Jahre	Herzschlag
		Bezirk Warmbad.			
1	24 Jahre	Landmann	Württemberger	3 1/2 Jahre	Verdurstet
2	44 Jahre	Kaufmann	Engländer	20 Jahre	Selbstmord
		Distrikt Bethanien.			
1	3 Monate	Kind	Preuße	3 Monate	Brechdurchfall
2	29 Jahre 11 M.	Reiter der Schutztruppe	»	1 Jahr	Blitzschlag
3	36 Jahre 4 M.	Ehefrau	»	6 Jahre	Lungentuberkulose
		Bezirk Lüderitzbucht.			
1	17 Jahre	Seemann	Norweger	Unbekannt	Ertrunken im Rob.-Hafen
2	11 Tage	Kind	Preuße	11 Tage	Angeb. Darmverengung

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lfde. Nr.	Alter	Stand oder Beruf	Staatsangehörigkeit	Dauer des Aufenthalts im Schutzgebiet	Todesursache
83	2 Jahre 1 M.	Kind	Schweizer	2 Jahre 1 M.	Ruhr
84	1 Tag	»	Reichsangeh.	1 Tag	Allgemeine Schwäche
85	13 Monate	»	Preuße	13 Monate	Ruhr
86	47 Jahre	Seemann	»	9 Monate	Ertrunken im Rob.-Hafen
87	3 Monate	Kind	»	3 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh
88	6 Monate	»	Hesse	6 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh
89	46 Jahre	Farmer	Engländer	Unbekannt	Magen- und Leberkrebs
90	4 Monate	Kind	Preuße	4 Monate	Darmkatarrh
91	29 Jahre	Farmer	Engländer	8 Jahre	Selbstmord
92	52 Jahre	Kaufmann	Anhalt-England	3 Jahre	Herzschwäche
93	31 Jahre	Nebelsignalwärter	Preuße	8 Jahre	Magen- und Leberkrebs
94	13 Monate	Kind	»	6 Monate	Atrophischer Darmkatarrh
95	30 Jahre	Buchhalter	Hamburger	6 Jahre 3 M.	Am Strande tot aufgefunden
96	29 Jahre	Schlosser	Preuße	5 Jahre 3 M.	Ertrunken
97	4 Monate	Kind	»	4 Monate	Atrophischer Darmkatarrh
98	3 Monate	»	»	3 Monate	Fieberhafter Darmkatarrh

Insgesamt sind verstorben

im Bezirk Grootfontein	15	Weiße	(außerdem 1 Totgeburt)
» » Outjo	3	»	
» Distrikt Omaruru	6	»	(außerdem 2 Totgeburten)
» Bezirk Swakopmund	26	»	(außerdem 1 Totgeburt)
» » Karibib	11	»	
» Distrikt Okahandja	4	»	(außerdem 3 Totgeburten)
» » Gobabis	3	»	(außerdem 1 Totgeburt)
» Bezirk Windhuk	26	»	
» » Rehoboth	2	»	
» » Gibeon	8	»	
» Distrikt Maltahöhe	6	»	
» Bezirk Keetmanshoop (einschl. Hasuur)	18	»	
» » Warmbad	2	»	
» Distrikt Bethanien	3	»	
» Bezirk Lüderitzbucht	18	»	
Summe...	151	Weiße	(außerdem 8 Totgeburten)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

V. Deutsch-Neuguinea.

(Berichterstatter: Medizinalrat Dr. Wendland.)

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal und seine Verteilung.

Nach dem Etat waren 5 Regierungsarztstellen im Schutzgebiet vorgesehen, je eine in Rabaul, Herbertshöhe, Käwieng, Friedrich-Wilhelmshafen und Namatanai. Die 4 erstgenannten Stellen waren das ganze Jahr hindurch besetzt; doch trat infolge von Beurlaubungen in Rabaul, Herbertshöhe und Friedrich-Wilhelmshafen ein Personenwechsel ein. Die Arztstelle in Namatanai wurde erst Mitte November besetzt. Vom 1. Februar d. J. ab waren in Rabaul 2 Regierungsärzte tätig, da es für einen Arzt, der gleichzeitig die Geschäfte des Medizinalreferenten versieht, unmöglich war, auf die Dauer allen an ihn herantretenden Anforderungen gerecht zu werden, und es sich ferner als notwendig erwies, einen Arzt zur Verfügung zu haben, der bei Ausbruch von Seuchen an anderen Plätzen des Schutzgebiets und zu nötig werdenden Vertretungen zeitweise herangezogen werden konnte.

Privat- und Missionsärzte gibt es bisher im Schutzgebiet nicht.

Von Sanitätsgehilfen waren 9 im Dienst des Gouvernements beschäftigt: 2 in Rabaul und je einer in Herbertshöhe, Käwieng, Namatanai, Kieta, Morobe, Eitape und vom November 1911 ab einer in Manus. Ferner sind noch 9 Heilgehilfen von Privatgesellschaften angestellt: 3 im Bezirk Herbertshöhe, 2 in Kaiser-Wilhelmsland, einer auf der Insel Witu (Frenchinseln), 3 auf den Hermitsinseln. Die Erfahrung hat gelehrt, daß ohne eine dauernde und ständige Vermehrung des Sanitätspersonals sowohl beim Gouvernement wie bei den privaten Unternehmungen an eine Sanierung der Eingeborenen in großem Umfang nicht zu denken ist.

Endlich waren im Krankendienst 4 Schwestern vom Deutschen Frauenverein vom Roten Kreuz für die Kolonien im Schutzgebiet tätig, 2 im Europäerkrankenhaus in Rabaul, je eine in Herbertshöhe und in Friedrich-Wilhelmshafen.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Für Europäer sind im Schutzgebiet 3 Krankenhäuser vorhanden: in Rabaul, in Herbertshöhe und in Friedrich-Wilhelmshafen. Das Krankenhaus in Rabaul ist seit dem 1. April 1911 in Betrieb. Es besteht

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

aus einem Hauptgebäude mit 5 Zimmern, von denen eins als Operationsraum und eins als Laboratorium eingerichtet ist. In den übrigen 3 Zimmern können 5—6 Kranke untergebracht werden. Das aus 2 Zimmern bestehende Schwesternhaus ist durch einen überdachten Gang mit dem Hauptgebäude verbunden. In Nebengebäuden befinden sich Badezimmer, Klosetts, Küche und Wohnräume für das farbige Personal. Bewilligt sind als Neubauten in diesem Jahr ein Isolierhaus für mit ansteckenden Krankheiten Behaftete und ein Operationsraum nebst Laboratorium, wodurch 2 Zimmer mehr zur Aufnahme von Kranken im Hauptgebäude frei werden.

Die Beschreibung der Krankenhäuser in Herbertshöhe und Friedrich-Wilhelmshafen ist in früheren Jahresberichten erfolgt.

Über den jetzigen Zustand des Europäerkrankenhauses in Friedrich-Wilhelmshafen, welches Eigentum der Neuguinea-Kompagnie ist, berichtet Oberstabsarzt Dr. Liesegang: »Das Haus ist alt und nicht den an ein Tropenhaus zu stellenden Anforderungen entsprechend. Jedoch hat sich die Neuguinea-Kompagnie bereit erklärt, die nötigen großen Reparaturen noch vorzunehmen; so wird das Haus wie bisher seinen Zweck erfüllen, bis in einigen Jahren die Regierungskrankenhausbauten aufgeführt sein werden.«

Der Erholung von Europäern dienen 2 Erholungsheime, eins in Kaiser-Wilhelmsland, eins auf Neupommern. Ersteres gehört der Neuendettelsauer Mission. Es liegt auf dem 970 m hohen Sattelberg in der Nähe der alten Station Finschhafen. Das zweite Erholungsheim, das am 1. Januar 1910 eröffnet wurde, befindet sich in Toma, 15 km in südlicher Richtung ven Herbertshöhe entfernt, in schöner, waldreicher Gegend, etwa 380 m über dem Meeresspiegel gelegen. Es ist Eigentum des Gouvernements und bietet in 4 Zimmern Platz für 4—6 Personen. Die Verwaltung liegt in der Hand eines verheirateten Pächters, der nebenbei eine Pflanzung betreibt und für die Verpflegung der Besucher sorgt. Das Erholungsheim ist von Herbertshöhe aus auf einem guten Fahrweg mit Wagen in $1^1/_2$—2 Stunden zu erreichen.

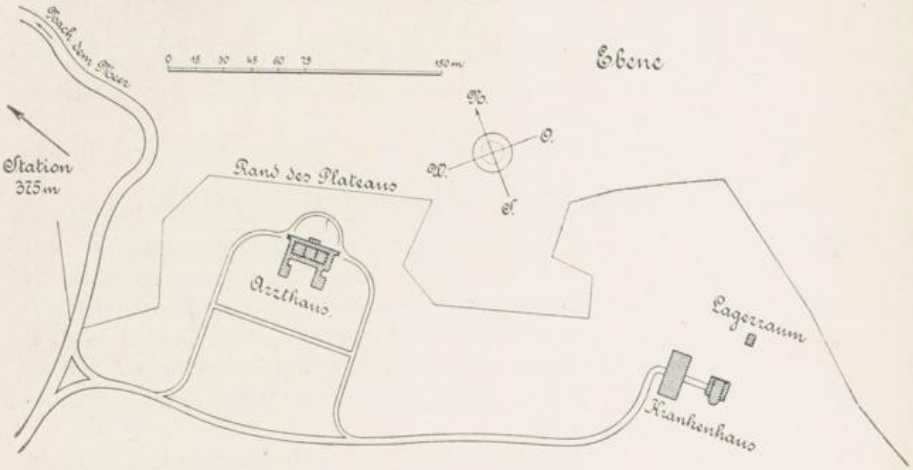
Für Farbige besteht in Rabaul ein Eingeborenenkrankenhaus, dessen Einrichtung nebst Plan im Jahresbericht 1909/10 beschrieben ist. Ferner unterhalten die Firma Hernsheim & Co. in Matupi und der Norddeutsche Lloyd in Rabaul für ihre Arbeiter Krankenstuben, die unter Aufsicht des Arztes stehen.

In Herbertshöhe sind für die Eingeborenen und Arbeiter 5 Krankenhäuser vorhanden, das des Gouvernements, der Neuguinea-Kompagnie nebst der Zweigabteilung in Tobera, der Forsayth-Gesellschaft in Bitalobo, der Katholischen Mission in Vunapope. Die Beschreibung dieser Hospitäler ist im Jahresbericht 1908/09 gegeben.

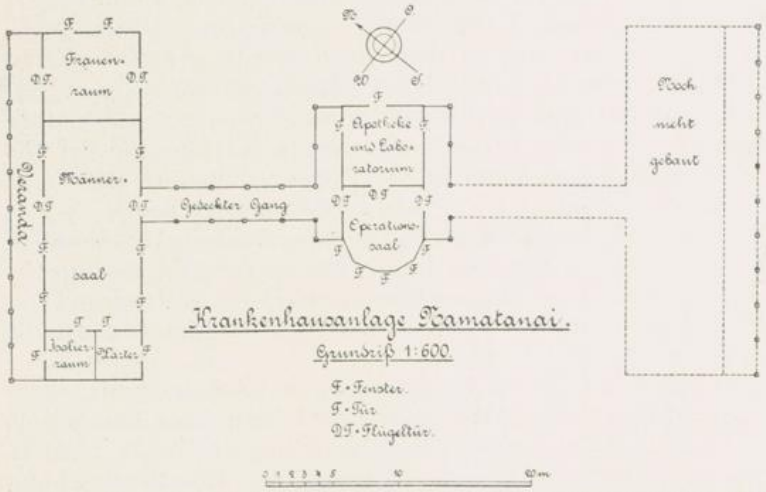
Über das Eingeborenenkrankenhaus in Käwieng berichtet Dr. Hoffmann folgendes: »Das Arbeiterhospital für farbige Patienten setzt sich zusammen aus einer größeren Baracke für Männer, einer für Weiber, einem kleinen Operations- und Verbandraum, einem kleinen Sektionshaus, einem Lagerhaus, einem Küchenraum und einer Abortanlage, die jedoch von den Leuten nicht benutzt wird. Diese Baulichkeiten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

liegen an oder in der Nähe des Strandweges. Jenseits des Hügelzugs hinter und in der Nähe des Arzthauses befindet sich eine Baracke für Beriberikranke und eine ältere, schon seit längerer Zeit zum Abbruch bestimmte für Dysenteriekranke. Diese beiden Baracken sind in letzter Zeit umzäunt worden, um sie mehr gegen die Umgebung abzuschließen.«



Krankenhaus und Arzthaus in Namatanai.
Situationsplan 1:4500.



Krankenhausanlage Namatanai.
Grundriß 1:600.
F = Fenster.
T = Tür.
DT = Flügeltür.

Bild 2. Tafel VII.

In Namatanai ist ein neues Eingeborenenhospital im Berichtsjahre fertiggestellt, über welches Dr. Kröning folgendes schreibt: »Für die Behandlung und zweckmäßige Unterkunft der farbigen Kranken ist durch ein kleines Krankenhaus gesorgt, das sich südwestlich von den Gebäuden der Station, in einer Entfernung von etwa 600 m von diesen, erhebt. Es liegt ebenso wie alle Gebäude auf der Höhe der Hügelkette, die sich, vom Meere sanft ansteigend, etwa 35—40 m über den

Meeresspiegel erhebt. Mit dem Bau desselben wurde im Oktober 1911 begonnen. Mitte Januar 1912 konnte das Krankenhaus in Benutzung genommen werden. Bis dahin diente ein in der Nähe des Stationsgebäudes gelegenes, aus Buschmaterial gebautes Haus, das schon bisher diesen Zwecken gedient hatte, den Kranken als Unterkunft. Der Grundriß des neuen Krankenhauses ist aus der vorstehenden Skizze zu ersehen. Von diesem Plan ist vorläufig nur der nordöstliche Flügel und der Mittelbau zur Ausführung gekommen, die beide durch einen gedeckten Gang verbunden sind. Der Mittelbau besteht aus 2 Räumen, von denen der eine als Apotheke und Laboratorium dient, während der andere, mit einem fünfeckigen, aus großen Glasfenstern bestehenden Anbau versehen, den hellen und luftigen Operations- und Verbandraum bildet. Der nordöstliche Flügel, der später nur den Männern vorbehalten bleibt, während die Frauen in dem südwestlichen Flügel Unterkunft finden sollen, besteht aus 2 von der Außenseite des Hauses zugänglichen Räumen. Der kleinere, mit eisenvergitterten Fenstern, dient vorläufig als Frauenraum. Der große Raum ist Männersaal. Von diesem aus sind 2 kleinere abgeteilte Zimmer zugänglich, von denen das eine das Wärterzimmer ist, das andere für Schwerkranke bestimmt ist. Im ganzen können etwa 35—40 Kranke untergebracht werden. Ein kleines, abseits gelegenes Gebäude dient als Lagerraum für Vorräte.

Bild 1. Tafel VII.

Das Krankenhaus genügt daher in seinen Raumverhältnissen vorläufig den Erfordernissen. Dagegen hat sich schon jetzt ein großer Übelstand gezeigt, der durch die nur teilweise Ausführung der geplanten Anlage bedingt ist: es fehlt vorläufig jede Möglichkeit, ansteckende oder verdächtige Kranke zu isolieren. Dieser Übelstand wird um so unangenehmer empfunden, als die Fälle, in denen die Diagnose der Krankheit sich nicht sofort mit Sicherheit stellen läßt, in den Tropen recht häufig sind und deshalb eine vorläufige Isolierung oft notwendig erscheint. Es wird sich daher der Bau des südöstlichen Flügels oder einer besonderen Isolierbaracke mit kleinen Räumen bald als notwendig erweisen. Der Bau von Hütten aus Buschmaterial ist nur im Notfalle bei Epidemien angängig, da die Hütten sich nicht desinfizieren lassen und infolgedessen nach einmaligem Gebrauch durch einen mit ansteckender Krankheit Behafteten verbrannt werden müssen.

Ein zweiter Übelstand ist der vorläufige Mangel eines Wohnhauses für den Heilgehilfen. Dieser ist in dem etwa 700 m entfernten Polizeimeisterhaus untergebracht. Eine genügende Beaufsichtigung des Krankenhauses ist — besonders bei Abwesenheit des Arztes auf Dienstreisen — sehr schwierig. Auf die farbigen Wärter ist naturgemäß kein Verlaß. Diesem Übelstande ist nur durch den baldigen Bau eines Wohnhauses für den Heilgehilfen in der Nähe der Krankenhausanlage abzuhelfen.

Die Neuguinea-Kompagnie unterhält in Friedrich-Wilhelmshafen und in Stephansort je ein Hospital für Arbeiter sowie eine Krankenstube auf der Insel Witu.

Die Katholische Mission vom Heiligen Geist hat in St. Michael (Alexishafen) ein kleines Hospital, das der Regierungsarzt von Friedrich-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Wilhelmshafen aus öfter besucht. Es wird von einem in der Krankenpflege ausgebildeten Laienbruder verwaltet.

Auf den Regierungsstationen Kieta, Eitape und Morobe, welche mit einem Heilgehilfen besetzt sind, befinden sich Krankenstuben für Eingeborene.

Seit Ende Dezember 1911 ist in Rabaul eine von einem approbierten Apotheker geleitete konzessionierte Apotheke, bisher die einzige im Schutzgebiet.

Als Apotheken im Sinne des § 7 der Verordnung des Reichskanzlers, betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten, gelten außerdem bis zur Errichtung einer staatlich konzessionierten Apotheke die amtlichen Apotheken in Rabaul, Herbertshöhe, Käwieng, Namatanai, Jaluit, Ponape, Jap, Saipan sowie die Apotheke der Neuguinea-Kompagnie in Friedrich-Wilhelmshafen, die der Pacific-Phosphat-Gesellschaft in Nauru und die der Südsee-Phosphat-Gesellschaft in Angaur, die drei letzteren solange sie unter Aufsicht eines Regierungsarztes stehen.

Die schriftliche Erlaubnis zum Betrieb von Hausapotheken ist auf ihr Ersuchen verschiedenen Firmen und Missionsgesellschaften im Bismarckarchipel bisher an 17, in Kaiser-Wilhelmsland an fünf Orten erteilt worden.

Rasthäuser befinden sich an den großen Hauptwegen im Bezirk Rabaul, Käwieng, Namatanai und Kieta. Sie dienen zur vorübergehenden Unterkunft für Europäer bei Reisen durch das Land. Für ihre Instandhaltung sorgt das Bezirksamt bzw. die Station, in deren Bereich sie liegen.

3. Unterkunft für Europäer und Farbige.

Dr. Kopp berichtet von Rabaul: »Die Häuser der Europäer sind auf Zementpfeilern und Holzpfosten ruhende, meist 2—3 zimmerige Holzbauten mit Wellblechdächern. Alle besitzen ringsumführende geräumige Veranden. In unmittelbarer Nähe befinden sich Gebäude für Küche, Dienstpersonal, Bad und Abort. Im Baustil besitzen sie wenig Abwechslung; am erfreulichsten ist der Anblick der Häuser, deren Dächer mit roter Schutzfarbe gestrichen sind, während die ungestrichenen weißgrauen Bedachungen, von der Sonne bestrahlt, mit ihrem Flimmerglanz die Augen reizen. So schwierig es ist, bei den einfachen Holzbauten ästhetischen Anforderungen gerecht zu werden, so muß man doch zugeben, daß die Häuser in hygienischer Beziehung den Forderungen des Tropenlebens angepaßt sind. Die Unterbringung der Europäer, soweit sie hier ansässig sind, ist demnach nicht zu beanstanden; leider ist jedoch durch das Fehlen eines Hotels in der Zentrale des Schutzgebietes die Unterkunft von Durchreisenden und Gästen außerordentlich schwierig.«

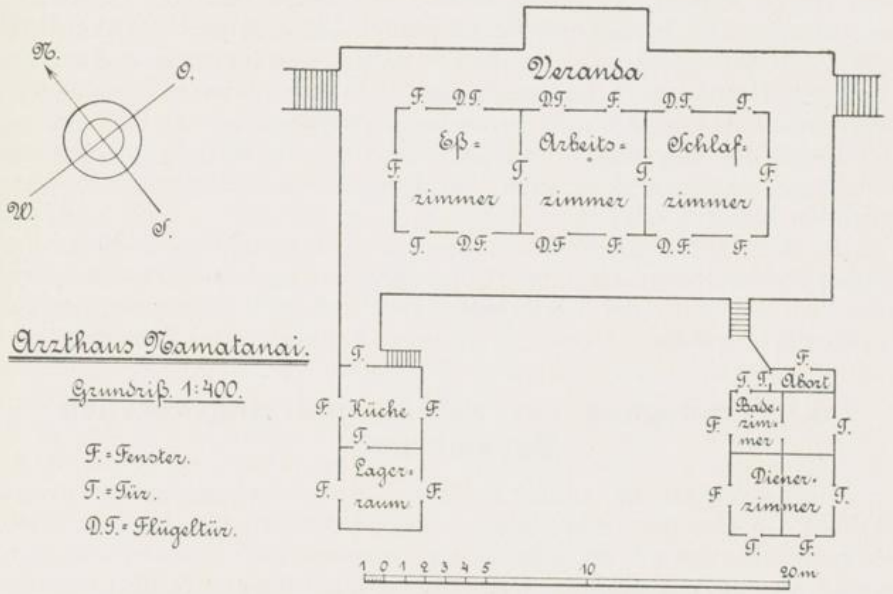
In Herbertshöhe befinden sich die Unterkunftsräume für Europäer und Farbige durchschnittlich in gesunden Lagen, wenn auch stellenweise die Behausungen für Europäer, was die äußere Erscheinung betrifft, manches zu wünschen übriglassen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Käwieng sind die Häuser der Europäer ebenfalls die im allgemeinen im Schutzgebiet üblichen nüchternen Holzhäuser auf Zementpfeilern mit zwei oder drei Räumen, mit ringsumlaufender Veranda und einem Küchenhaus, Dienerhaus, Baderaum und einem Abort als Nebenanlage.

Von Namatanai schreibt Dr. Kröning: »Das Wohnhaus des Arztes erhebt sich zwischen der Station und der Krankenhausanlage, etwa 200 m von letzterer entfernt. Auf einem etwa 2 m hohen Balken-

Bild 3. Tafel VII.



Arzthaus Namatanai.

Grundriß 1:400.

F. = Fenster.
T. = Tür.
D.T. = Flügeltür.

gerüst stehend, ist es in der in der Südsee wegen der Erdbeben gebräuchlichen Weise ganz aus Holz gebaut. Es besteht aus drei großen 6:6 m messenden Zimmern nebst den nötigen Nebenräumen und ist umgeben von einer ringsumlaufenden 3 m breiten Veranda. Auch die übrigen, von den Beamten der Station bewohnten Häuser weisen denselben Stil auf. Diese Häuser können als zweckmäßig und geräumig bezeichnet werden.«

Weniger zweckmäßig sind nach Dr. Liesegang die Wohnungen der Europäer in Friedrich-Wilhelmshafen: »Sie lassen, wie schon im vorigen Jahresbericht betont, viel zu wünschen übrig.«

Ähnlich wie die der Europäer, nur einfacher, sind die Behausungen der Malaien und Chinesen in Rabaul. Auch die letzteren haben sich an den nüchternen europäischen Baustil gewöhnt, und nur hie und da erblickt der Besucher der »Chinesenstadt« geringe Anklänge an den malerischen Baustil ihrer Heimat. Die eingeborenen Arbeiter des Gouvernements und der Firmen sowie die Soldaten sind teils in großen kasernenartigen Gebäuden aus Holz oder Buschmaterial, teils in kleineren hüttenähnlichen Bauten untergebracht; verheiratete wohnen in besonderen Verschlägen. In hygienischer Beziehung sind hier manche Wünsche unerfüllt geblieben und leider zunächst unerfüllbar.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Käwieng sind für die farbigen Angestellten des Bezirksamts vorhanden: ein sehr baufälliges Chinesenhaus, eine alte, aber geräumige Kaserne und eine kleine Baracke für die Gefangenen, die als unzureichend zu bezeichnen ist. Für die gewöhnlich vorhandene Zahl der Gefangenen ist sie zu klein. Ein Neubau des Gefängnisses ist geplant.

Ungenügend ist nach Dr. Kröning die Unterkunft der Soldaten und Gefangenen in Namatanai. »Die aus Buschmaterial gebauten Häuser verfallen sehr rasch und müssen ungefähr alle 2 Jahre durch neue ersetzt werden. Während dieser Zeit sammelt sich viel Ungeziefer an, unter dem die Insassen, bei der Unmöglichkeit, gründlich zu säubern und zu desinfizieren, stark zu leiden haben. Krätze und andere ansteckende Hautkrankheiten waren deshalb anfangs zahlreich vorhanden, sind jedoch jetzt durch systematische Untersuchung und Behandlung der Befallenen eingedämmt worden. Erst die in Aussicht genommene Erbauung fester Gebäude wird die erforderlichen hygienischen Verhältnisse schaffen können.«

In Friedrich-Wilhelmshafen sind die eingeborenen Arbeiter im allgemeinen in ihren Gewohnheiten entsprechenden Buschhäusern untergebracht, die Leute des Bezirksamts zum Teil in Holzhäusern, die auf Steinsockeln ruhen. Der freie Eingeborene wohnt in Buschhäusern.

4. Verpflegung der weißen und eingeborenen Bevölkerung.

Im Gegensatz zu anderen Plätzen des Schutzgebiets haben in Rabaul die Europäer sehr häufig Gelegenheit, sich mit frischen Nahrungsmitteln, sowohl mit Fleisch wie Gemüsen und Früchten, zu versorgen, welche teils auf Eis aus Australien oder China eingeführt werden, teils Landesprodukte darstellen. Leider hat es noch niemand unternommen, den Fischreichtum des Hafens gewerbsmäßig auszubeuten, so daß der Fisch als Nahrungsmittel vorläufig fast gar nicht in Betracht kommt. Sehr wertvoll ist die Möglichkeit, sich häufig Eis zu beschaffen. In kurzer Zeit wird Rabaul dauernd mit Eis versorgt sein.

Gleichwohl wird auch dann noch die Ernährung mit Fleisch-, Gemüse- und Früchtekonserven eine Rolle spielen, welche meist aus Deutschland oder Australien bezogen werden. Alles in allem ist die Ernährung der Europäer in Rabaul gesund und abwechslungsreich, wenn auch teuer.

Die Eingeborenen nähren sich in der Hauptsache von Erd- und Baumfrüchten, Schweinen und Fischen. Ihre Kost ist als sehr eintönig zu bezeichnen. Die Arbeiter und Soldaten erhalten neben gelegentlicher Darreichung dieser Kost eine Stammkost, bestehend aus Reis und Büchsenfleisch in vorgeschriebenen Mengen.

Nicht so günstig wie in Rabaul liegen die Verpflegungsverhältnisse auf anderen Stationen.

Von Herbertshöhe schreibt Dr. Runge: »Die Verpflegung der Europäer gründet sich meistens leider, speziell bei den unverheirateten, immer noch auf Konserven, da oft eine gewisse Indolenz, auch die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ungewißheit, ob sie nicht versetzt werden, manche Europäer nicht dazu kommen läßt, Geflügelzucht und Gemüsegarten anzulegen. Das ohnehin spärliche Wild ist in der nächsten Nähe des Bezirkes vollkommen abgeschossen.«

In Käwieng sind nach Dr. Hoffmann »die Europäer in der Verpflegung viel zu viel auf Konservennahrung angewiesen. Geschlachtet wird nur selten und unregelmäßig, die Jagd liefert zur Ernährung so gut wie nichts; nur Fische sind gelegentlich von den Eingeborenen zu kaufen. Früchte sind auch nicht reichlich zu haben. Eine Geflügelzucht ist hier für einen Haushalt unentbehrlich. Die Preise für Konserven, Getränke und sonstige Sachen in den Geschäften der verschiedenen Firmen sind außergewöhnlich hoch, was sich zum Teil aus der Fracht von Rabaul nach hier erklärt. So ist also die Verpflegung der Europäer hier sehr teuer und wegen der geringen Abwechslungsmöglichkeit und dem Mangel an frischer Nahrung nicht gut.

Die farbigen Arbeiter erhalten als Hauptnahrung Reis mit dem vorgeschriebenen Fleischquantum; dies notgedrungen meist als Konserve. Daneben fangen sie sich wohl auch mal gelegentlich Fische. Feldfrüchte gibt es verhältnismäßig wenig.«

Auch in Namatanai sind, wie Dr. Kröning berichtet, »die Verpflegungsverhältnisse der weißen Bevölkerung als recht dürftig zu bezeichnen. Auf der Speisekarte herrschen die Wildtaube und Jams. Schweinefleisch ist kaum zu haben, da die Eingeborenen ihre Schweine, die sie bei ihren Schmäusen und Totenfesten selbst in großer Menge verzehren, nur ungern verkaufen. Auch Fische, die die Eingeborenen abends beim Fackelschein mit dem Speer erlegen oder mit dem Netz fangen, werden nicht zum Kaufe angeboten. Hühner und Eier gibt es kaum. Die Zucht von frischem Gemüse beschränkt sich im wesentlichen auf Radieschen, Salat und Gurken. Geflügelzucht und Gartenbau kommen aber naturgemäß nur für diejenigen in Frage, die dauernd an ihrem Wohnplatze anwesend sind und genügend Zeit zur Verfügung haben. Bei der Verpflegung spielen daher Konserven eine Hauptrolle, die in Rabaul oder vom Auslande bezogen werden müssen.

Die Ernährung der farbigen Insassen der Station geschieht hauptsächlich mit Reis, Fisch- und Fleischkonserven. Um den Kranken eine Abwechslung zu bieten und um den Ausbruch von Beriberi zu verhüten, ist in der Umgebung des Krankenhauses mit der Anpflanzung von Katjang-idjoe begonnen worden, wie das in anderen Bezirken schon lange geschieht. Falls die Bohne in genügender Menge gewonnen wird, soll auch den Mannschaften Katjang-idjoe als Beikost gereicht werden.«

In Friedrich-Wilhelmshafen kann nach Dr. Liesegang »die Verpflegung der Weißen bei nötigem Verständnis leidlich gestaltet werden. Wenn auch Büchsengemüse noch eine große Rolle spielt, so kann bei richtiger Einteilung Büchsenfleisch fast ganz entbehrt werden. Allerdings ist die Abwechslung keine große.

Die Verpflegung der angeworbenen Arbeiter besteht in Reis und der zustehenden wöchentlichen Fleischportion, Corned beef oder Salz-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

fleisch; dazu kommt wenig Gemüse, von Zeit zu Zeit Fische. In der Regenzeit wird Tee mit Zucker gegeben. Es ist ein großer Mangel, daß in Friedrich-Wilhelmshafen kein Eingeborenengemüse in genügender Menge zu haben ist. Nicht jeder verträgt die fast ausschließliche Reisernährung. Beriberi ist vielfach die betrübende Folge. Es ist zu erwarten, daß in absehbarer Zeit dieser Mangel behoben werden wird, da weiße Pflanzer Gemüsebau im großen Stil zu betreiben beabsichtigen.

Der freie Eingeborene lebt in der Hauptsache von den bekannten Gemüsen und Früchten, wenig Fischen, Muscheln, zeitweise Schweine- und Hundefleisch. Der Ernährungszustand der Küstenbewohner kann fast durchweg als gut bezeichnet werden. Die Bergvölker machen zum Teil einen recht elenden, unterernährten Eindruck. Es ist dies wohl zurückzuführen auf den Mangel an Fischen und Muscheln, die, wenn auch in geringer Menge, die tägliche Ernährung des Küstenbewohners besser gestalten.«

5. Wasserversorgung.

Als Nutz- und Trinkwasser kommt in Rabaul für Europäer und Farbige hauptsächlich Regenwasser, das von den Dächern abläuft und in Tanks gesammelt wird, in Betracht. Es sollte nur abgekocht und filtriert als Trinkwasser benutzt werden, da es hygienisch zu beanstanden ist. Viele Europäer, welche Abkochen und Filtrieren nicht überwachen, verzichten daher lieber auf den Genuß von Tankwasser und stillen ihr Durstgefühl mit Mineralwasser oder Alkoholicis. Außer Tankwasser kommt in Rabaul noch aus acht Brunnen zu gewinnendes Brunnenwasser und die Lloydquelle in Betracht. Letztere liefert unfiltriertes Oberflächenwasser, das nur zu Waschzwecken oder für Schiffe als Kesselwasser in Betracht kommt, zu Genußzwecken aber unbrauchbar ist.

Die Wasserversorgung der Eingeborenen liegt vorläufig noch im argen. Hie und da gibt es Quell- oder Flußwasser, meist jedoch liefern offene Wasserlöcher Nutz- und Trinkwasser. Seit Jahren hat daher die Verwaltungsbehörde der Frage der Wasserbeschaffung Aufmerksamkeit geschenkt und zunächst in Summa an zehn Plätzen je einen Röhrenbrunnen setzen lassen.

Auch in Käwieng ist man auf das Sammeln von Regenwasser angewiesen, das in Tanks aufgefangen wird, deren sich mehrere an jedem Hause befinden. »Doch haben diese mancherlei Nachteile. Sie verschmutzen leicht, nach einigen Tagen Trockenzeit nimmt das Wasser einen unangenehmen Geschmack und ein unappetitliches Aussehen an. Vor allem ist den Moskitos in den Tanks eine reichlich ausgenutzte Brutstätte gegeben. Die Vertilgung der Moskitoeier und -larven durch Übergießen mit Petroleum erfordert große Sorgfalt, häufiges Nachsehen, viel teures Petroleum und gibt dem Wasser einen unangenehmen Petroleumgeschmack. Aus diesen Gründen wird das Petroleum auch nicht überall und nicht immer angewandt.«

»Die schwarzen Arbeiter beziehen ihr Trink- und Kochwasser meist auch aus Tanks, und zwar häufig genug aus denen bei Europäerhäusern;

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bei der nie aussterbenden Dysenterie und der starken Verbreitung von Darmwürmern eine dauernde Gefahr, da die Leute mit schmutzigen Händen am Tank herumzuarbeiten pflegen. All die geschilderten Übelstände lassen die jetzige Art der Wasserversorgung nicht als hygienisch erscheinen.«

Dieselben Bedenken über das in eisernen Tanks von den Dächern aufgefangene Regenwasser äußert der Arzt in Namatanai im folgenden:

»Dieses Wasser kann keineswegs als einwandfrei gelten. Besonders in der regenarmen Zeit, in der das Wasserbedürfnis am stärksten ist, muß das Wasser direkt als unappetitlich und unhygienisch bezeichnet werden. Zwar läßt sich durch Zwischenschalten eines feinen Drahtnetzes zwischen Rohr und Tank verhüten, daß größere Verunreinigungen in die Tanks gelangen und diese Tanks als Brutstätten für die Stechmücken dienen; aber der von Ratten, Vögeln und Eidechsen auf den Dächern deponierte Schmutz, dessen Ansammlung gerade nach einer Trockenzeit besonders groß ist, wird bei dem ersten Regenguß in die Tanks gespült und aufgelöst. Nur durch Vorrichtungen, die das erste unsaubere Regenwasser ableiten und sich dann mechanisch umschalten, ließe sich dies vermeiden. Gleichwohl muß zugegeben werden, daß für die meisten Ansiedelungen im Schutzgebiet bei dem Mangel an einwandfreiem Fluß- oder Quellwasser eine andere Wasserversorgung vorläufig nicht in Frage kommt. Wo aber gutes Quell-, Fluß- oder Grundwasser vorhanden ist, muß dieses durch geeignete Anlage von Pumpen oder Wasserleitungen der Benutzung zugänglich gemacht werden. Da am Fuße des Hügels in der Nähe des Krankenhauses gutes Flußwasser vorhanden ist, das sich bei der chemischen und physikalischen Untersuchung als völlig einwandfrei erwiesen hat, ist die Anlage eines kleinen Pumpwerkes mit Windmotor in Aussicht genommen.«

Günstiger beurteilt der Arzt in Friedrich-Wilhelmshafen die Wasserversorgung durch Tanks: »Der Europäer und angeworbene Arbeiter entnimmt das Gebrauchswasser Tanks. Wenn die Tanks von Zeit zu Zeit der nötigen Reinigung unterzogen werden, so läßt sich gegen diese Art der Wasserversorgung nichts einwenden.

Der freie Eingeborene ist auf Regenwasser, das er, soweit möglich, auffängt, und auf das Wasser der Flußläufe angewiesen. An der Küste wird vielfach brackiges Wasser genossen. Bergdörfer sind zum Teil sehr wasserarm und entsprechend sehr schmutzig.«

6. Abfuhrwesen, Latrinen.

In ganz Rabaul ist das Tonnensystem für Müll- und Fäkalienabfuhr eingerichtet worden und hat sich bewährt. Die Abfuhr wird von der Behörde besorgt, die Reinhaltung unterliegt behördlicher ärztlicher Kontrolle. Die Eingeborenen haben die Gewohnheit, ihre Defäkationen an versteckten Stellen im Busch oder in Grasfeldern zu verrichten und vor den Augen anderer sorgfältig zu verbergen. Dieser Brauch, dem offenbar abergläubische Vorstellungen zugrunde liegen, ist im Hinblick auf die Weiterverbreitung mancher Krankheiten zu

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bekämpfen, wird aber wohl noch auf Menschenalter hinaus bestehen bleiben.

In Herbertshöhe besteht teils das Eimer-, teils das Versitzgrubensystem.

In Käwieng befinden sich in den Europäerhäusern zum Teil Senkgruben, in einigen Beamtenhäusern Eimer, die zweimal am Tage durch Gefangene abgeholt und entleert werden. Die Eingeborenen und schwarzen Arbeiter benutzen den Busch oder Strand nach wie vor als Abort, wovon sie nicht abzubringen sind. So sind sie nicht dauernd dazu zu bewegen, die Eimerabortanlage des Hospitals zu benutzen. In der Dysenteriebaracke müssen die Kranken ihren Stuhl ins Becken entleeren. Er wird dann desinfiziert und in eine jeweils gegrabene Grube getan, die darauf zugeschüttet wird. Das gleiche geschieht in der Beriberibaracke.

In Friedrich-Wilhelmshafen sind nach Bericht Dr. Liesegangs die Latrinen der Europäer so angelegt, daß die Faeces direkt in die See entleert werden.

»Auch die eingeborenen Arbeiter haben gleichartige Seelatrinen in einfacherer Ausführung. Es muß jedoch sehr aufgepaßt werden, daß sie die Latrinen in richtiger Weise benutzen.«

»Der freie Küsteneingeborene setzt seine Faeces direkt in die See ab. Bei den Bergvölkern muß man vorläufig zufrieden sein, wenn sie sich zu diesem Zweck in den Busch zurückziehen und nicht die Bäche und Flüsse benutzen.«

7. Boden

(Urbarmachung, Sumpftrocknung, Anpflanzungen, Dränage usw.).

In Rabaul wurden unter Leitung des Bezirksamts folgende Assanierungszwecken dienende Arbeiten im Berichtsjahre ausgeführt:

»Zur Ableitung des von den Bergen kommenden Regenwassers nach dem Meere wurden längs der zum Hafen führenden Wege teils offene, teils zementierte, mit Lattenrosten bedeckte Gräben gezogen.

Die Besitzer der Ufergrundstücke, die zum Teil in der Regenzeit noch sumpfig sind, wurden angehalten, die feuchten Stellen trockenzulegen.

Die noch nicht bebauten Grundstücke des Fiskus und der Privaten wurden, soweit die vorhandenen Arbeitskräfte hierzu ausreichten, vom niedrigen Busch und vom Kunaigras gesäubert und mit Kulturgras bepflanzt.«

Vom sanitären Standpunkte aus ist freilich nicht viel hiermit erreicht worden. Das sumpfige Gelände der Firma Forsayth-Gesellschaft m. b. H. ist noch nicht trockengelegt worden; die anwohnenden Postbeamten leiden nach wie vor unter der Mückenplage und der Malaria. Die Niederlegung des Busches in den Schluchten von Namanula und andere notwendige Assanierungsarbeiten sind noch nicht in Angriff genommen worden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

»Der Boden in Käwieng ist im wesentlichen gehobene Koralle mit meist dünner Humusschicht. In Käwieng selbst befindet sich eine größere Regierungspflanzung. Sonst gibt es eine größere Zahl von Privatpflanzungen entlang der Ostküste; einige wenige Pflanzungen befinden sich auch an der Westküste und auf den Inseln. Es sind fast nur Kokosnußpflanzungen, die zum Teil bereits zu tragen beginnen. In Käwieng befindet sich hinter dem Gebiete der katholischen Mission und des Gouvernements ein größerer Sumpf, dessen Zuschüttung wegen der Nähe der Europäerhäuser im hygienischen Interesse wünschenswert wäre. Wegen der hohen Kosten, die dafür nötig wären, kann daran vorläufig nicht gedacht werden. Aber durch Dränage und Anpflanzung wasserentziehender Bäume könnte einer späteren Zuschüttung wohl vorgearbeitet werden.«

In Friedrich-Wilhelmshafen hat die durch das Bezirksamt vor Jahren eingeleitete Zuschüttung eines großen Sumpfes von 11 ha zu einem vollen Erfolg geführt.

8. Klima.

Von etwa Mai bis November ist die regenarme Zeit mit vorherrschend südöstlichen Winden, in den übrigen Monaten, die regenreiche Zeit mit meist nordwestlichen Winden.

Während letzterer traten in Rabaul besonders zahlreiche Erkrankungen an Malaria (Neuerkrankungen und Rückfälle) sowie Erkältungskrankheiten auf. Im Dezember und Januar war die Höchstzahl von Dysenteriekranken zu verzeichnen, besonders hoch durch Zugänge von auswärts (Kieta). In derselben Zeit dezimierte eine schwere Dysenterieepidemie die Einwohner der Admiralitätsinseln, von denen ihr schätzungsweise 14% zum Opfer fielen.

Nach dem Bericht von Dr. Hoffmann in Käwieng tritt in den Übergangszeiten zwischen dem Nordwest- und Südwestmonsum die Malaria häufiger auf. Auch kommen dann, besonders nach Regengüssen, sehr zahlreich die im weißen Seesand lebenden sehr kleinen, überaus lästigen stechenden Sandfliegen vor, gegen die auch ein tadelloses Moskitonetz keinen Schutz gewährt, und von denen es anscheinend verschiedene Sorten gibt. Sie scheinen hier bisher nicht Überträger irgendeiner Krankheit zu sein. Wird aber einmal z. B. Denguefieber hier eingeschleppt, was vom Inselgebiet aus sehr leicht geschehen kann, dann können sie nach seiner Ansicht als Überträger eine solche Krankheit sehr leicht dauernd hier heimisch machen.

Dr. Kröning berichtet von Namatanai: »Das Berichtsjahr zeichnete sich durch sehr reichliche Niederschläge aus, die von November bis März anhielten und im letzten Monat ihr Höchstmaß erreichten (im März 1912 — 602 mm). Die üblichen Folgeerscheinungen zeigten sich im Auftreten von Erkältungskrankheiten leichter und schwerer Art.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

9. Begräbniswesen.

In Rabaul wurde im Berichtsjahre auf dem Gelände des Botanischen Gartens am Fuße der Nordtochter in schöner Lage der Europäerfriedhof angelegt. Seit 1910 besteht ein solcher für Farbige in der Nähe des Eingeborenenkrankenhauses im Westen von Rabaul; seit noch längerer Zeit ist ein Friedhof in der Nähe der katholischen Mission auf Matupi angelegt, der gelegentlich noch jetzt benutzt wird.

Über das Begräbniswesen der Eingeborenen auf der Gazellehalbinsel gibt Parkinson in seinem Werke »30 Jahre in der Südsee« folgende Schilderung:

»Für die nordöstliche Gazellehalbinsel ist die Regel die Bestattung in der Erde. In Bainingen gräbt man eine Grube und legt den Leichnam hinein; an manchen Orten scharrt man die Grube zu, anderswo läßt man die Leiche frei und unbedeckt daliegen. Ob Hunde und Schweine den toten Körper als Fraß benutzen, scheint keinen Eindruck auf die Überlebenden zu machen. Bei den Sulkas wird ein enges, tiefes Loch im Hause gegraben und auf einem in demselben angebrachten Querholz wird der Tote in sitzender Stellung befestigt. Ist das Fleisch völlig in Verwesung übergegangen, so werden die Gebeine aus dem Grabe genommen, in Blätter gehüllt und im Hause aufgehängt.«

In Herbertshöhe befindet sich ein Friedhof für Europäer in der Nähe der Hauptsiedelung, ferner wird ein solcher von der katholischen Mission auf ihrer Niederlassung in Vunapope unterhalten. Die großen dortigen Pflanzungsgesellschaften lassen ihre gestorbenen Arbeiter an bestimmten Plätzen innerhalb ihrer Pflanzungen beerdigen.

In Käwieng ist ein Kirchhof für Europäer bisher nicht vorhanden. Ebenso besteht keine Begräbnisstätte für die farbigen Angestellten des Bezirksamts und der Firmen. Bei den Eingeborenen des Landes ist im allgemeinen die als sehr zweckmäßig zu bezeichnende Feuerbestattung üblich.

In Friedrich-Wilhelmshafen besteht ein Europäer- und ein Eingeborenenbegräbnisplatz. Der freie Eingeborene begräbt seine Leichen, nachdem sie gründlich geräuchert sind, im Hause oder vor dem Hause. Irgendwelche gesundheitsschädliche Folgen haben sich nicht bemerkbar gemacht. Es wird vom Amt darauf hingewirkt, daß Begräbnisplätze außerhalb des Ortes angelegt werden.

10. Organisation des Sanitätswesens.

Von den im Berichtsjahr erlassenen Verordnungen, welche das Sanitätswesen betreffen, ist zu erwähnen die Verordnung des Reichskanzlers betreffend die Errichtung und den Betrieb von Apotheken in den Schutzgebieten Afrikas und der Südsee (veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 9 vom 1. Mai 1911), nebst der Zusatzverordnung vom 1. April 1912, betreffend das Verbot der Abgabe und der Feilhaltung methylalkoholhaltiger Arzneimittel (veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 3 vom 1. Februar 1912). Ferner ist durch die Verordnung, betreffend die gesundheitspolizeiliche Kontrolle der Seeschiffe in den Häfen des Schutzgebiets Neuguinea einschließlich des Inselgebiets der Karolinen, Palau, Marianen und Marshallinseln vom 7. März 1912, die am 1. Juli

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

d. J. in Kraft getreten ist, dem Mangel einer einheitlichen Behandlung der Schiffe in den verschiedenen hiesigen Häfen abgeholfen (Amtsblatt Nr. 6 vom 15. März 1912). Der Durchführung der Ausführungsbestimmungen der Quarantäneverordnung steht der Umstand hindernd entgegen, daß bis jetzt in den dem Ausland geöffneten Häfen des Schutzgebiets keinerlei Einrichtungen vorhanden sind, welche zur Verhinderung der Einschleppung von Seuchen unerläßlich sind, wie Isolierräume für kranke und verdächtige Europäer, Dampfdesinfektions- und Rattenvertilgungsapparat. Nur in Rabaul existiert ein kleiner Dampfdesinfektor und ein Claytonapparat; letzterer gehört dem Norddeutschen Lloyd.

Für Jap, dem ersten Hafen für die aus Ostasien und Manila kommenden Schiffe, für Friedrich-Wilhelmshafen und für Jaluit sind die zur Durchführung der Bestimmungen nötigen Einrichtungen beantragt. In Rabaul ist der Bau eines Isolierhauses für Europäer im Etat 1912 genehmigt.

Während des Berichtsjahrs ist die Verhängung der Quarantäne in Rabaul nicht nötig gewesen.

In Friedrich-Wilhelmshafen traf im Mai 1911 ein Reichspostdampfer mit einem an Pocken erkrankten malaiischen Matrosen ein. Der Kranke wurde an Land streng isoliert und später geheilt. Eine Weiterverbreitung der Seuche erfolgte dank der getroffenen Maßnahmen nicht. Weitere Verkehrsbeschränkungen wurden dem Schiff nicht auferlegt.

Für den ärztlichen Dienstbetrieb im Schutzgebiet Neuguinea ist vom Gouverneur eine neue Anweisung am 25. Juli 1911 erlassen. Ferner sind am 1. Oktober 1911 neue Bestimmungen über die Aufnahme von Kranken in das Europäer- und das Eingeborenenkrankenhaus des Gouvernements, auch über die monatlich zu erstattende Abrechnung der Krankenhäuser (veröffentlicht im Amtsblatt vom 15. August 1911 Nr. 16) in Kraft getreten.

Von allen ärztlichen Dienststellen wurde erstrebt, die unabhängigen Eingeborenen, welche vielfach, besonders an entlegeneren Plätzen, dem Arzt mit Abneigung und seinen Ratschlägen mit Gleichgültigkeit begegnen, zu belehren und sie zu veranlassen, in Krankheitsfällen die Hilfe des Krankenhauses oder der Poliklinik in Anspruch zu nehmen.

In Rabaul und in Herbertshöhe geschieht dieses von den umliegenden Dörfern bei äußeren Krankheiten schon in ziemlichem Umfange, trotzdem die meisten einen Weg von mehreren Kilometern bis zum Arzt zurückzulegen haben. Um jedoch auf weitere Bezirke in dieser Beziehung einwirken zu können, wurde eine Organisation des Sanitätswesens von den Verwaltungsbehörden und den Regierungsärzten gemeinsam in folgender Weise in Angriff genommen:

Aus den größeren Niederlassungen der Eingeborenen wird je ein intelligenter jüngerer Mann im Eingeborenenkrankenhause zum Krankenpfleger ausgebildet und in der Behandlung von Wunden und Unter-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

schenkelgeschwüren sowie der am häufigsten vorkommenden inneren Krankheiten, wie Malaria, Erkrankungen der Atmungsorgane und Darmkrankheiten, unterrichtet. Nach Beendigung seiner Lehrzeit wird er in seinem Dorf unter der Bezeichnung »Heiltultul« oder einem ähnlichen der betreffenden Eingeborenensprache entnommenen, seine Tätigkeit kennzeichnenden Namen als Organ der Verwaltung eingesetzt. Er erhält eine Kiste mit Verbandstoffen und einigen Arzneimitteln, deren Anwendungen er gelernt hat, wie Karbolseifenlösung, Dermatol, Styraxlösung (gegen Krätze), Chinin, Rizinusöl, ein Expektorans in haltbarer Form u. dgl. Schwere Erkrankungen und ein etwaiges Auftreten von Krankheiten in auffallender Zahl an seinem Platz hat er dem Arzt zu melden. Für seine Tätigkeit erhält er eine geringe Entschädigung.

Über den Wert dieser Einrichtung läßt sich vorläufig noch nichts sagen. Die Leute sollen die Pioniere sein, welche bei der teilweise scheuen Eingeborenenbevölkerung das Vertrauen zum Arzte fördern und den Boden für eine ärztliche Tätigkeit vorbereiten.

Im Bezirk Rabaul sind bisher vier Eingeborene ausgebildet und als »Heiltultul« in ihren Dörfern eingesetzt. Der Bau eines Hauses aus Buschmaterial zur Aufnahme erkrankter Eingeborener ist in größeren Dörfern in Aussicht genommen, in welchen ein solcher Heiltultul stationiert ist.

Im Bezirk Käwieng, in welchem diese Einrichtung schon länger besteht, sind etwa 20 eingeborene Krankenaufseher über den ganzen Bezirk verteilt; auch ist hier in ihren Dörfern mit Unterstützung der Behörde bereits je ein kleines Haus gebaut, in dem die Verbandstoffe und Medikamente untergebracht sind und, wenn nötig, ein oder mehrere Kranke Aufnahme finden können.

Auch in Namatanai wurde der schon früher begonnene Versuch mit der Ausbildung von eingeborenen Krankenpflegern nach Besetzung der Stelle durch einen Arzt wieder aufgenommen und zur Zeit zwei junge Leute zu diesem Zweck angenommen.

Diese zum Wohle der Eingeborenen geschaffene Einrichtung bildet zweifellos eine Basis, auf der sich später noch manches Gute aufbauen läßt. Um aber einen deutlichen Erfolg zu erzielen, ist eine häufige und regelmäßige Überwachung der Tätigkeit der eingeborenen Krankenaufseher durch den Arzt notwendig, damit sie beständig in persönlicher Fühlung mit ihm bleiben.

11. Andere Berichte allgemeiner Natur.

Die gesundheitlichen Verhältnisse im mittleren Neu-Mecklenburg schilderte Regierungsarzt Dr. Wick, der Gelegenheit hatte, im September 1911 auf einer Dienstreise jene Gegend und seine Bewohner kennen zu lernen, in einem Bericht, welcher im Amtsblatt, Jahrgang 1911 Nr. 21 und 22, veröffentlicht ist. Über die in Süd-Neu-Mecklen-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

burg herrschenden allgemeinen Verhältnisse, wie sie sich dem Regierungsarzt Dr. Kröning beim Antritt seines Dienstes in Namatanai im November 1911 darstellten, berichtet derselbe folgendes:

»Schon vor mehreren Jahren war der Bezirk Süd-Neu-Mecklenburg vorübergehend mit einem Regierungsarzt zum Studium der Eingeborenenfrage besetzt. Aber bereits nach kurzer Zeit mußte der Arzt aus Mangel an ärztlichem Personal im Schutzgebiet zu anderweitiger Verwendung abberufen werden, und die begonnenen Arbeiten ruhten. Selbst ein weißer Heilgehilfe stand der Station nicht dauernd zur Verfügung. Zwar hatte der Stationsleiter, selbst früher Heilgehilfe, vor Jahren begonnen, Eingeborene in der Wundbehandlung auszubilden, um sie auf diese Art dem Verständnis für ärztliche Hilfe näherzubringen. Aber im Übermaß der zunehmenden Verwaltungsgeschäfte mußte der Versuch später aufgegeben werden. Die wichtige Eingeborenen- und Arbeiterfrage jedoch, die durch Zählung festgestellte erschreckende Tatsache einer starken Abnahme der eingeborenen Bevölkerung, erheischte dringend eine bessere Fürsorge für die Eingeborenen und führte im Jahre 1911 zur Einrichtung der dauernden ärztlichen Dienststelle Namatanai.

So war der ganze Bezirk Süd-Neu-Mecklenburg in ärztlicher Beziehung als Neuland zu bezeichnen. Von einem Vertrauen zu dem Arzte kann nicht geredet werden. Dieses muß erst in langer, mühevoller Arbeit gewonnen werden. Der Zauberer herrscht und wird noch auf lange Zeit hinaus die Oberhand behalten. Der weiße Arzt ist keine vertrauenerweckende, sondern schreckenerregende Persönlichkeit, bei dessen Annäherung jeder Kranke in den Busch flüchtet, um erst nach seiner Entfernung wieder zu erscheinen. Die wichtigtuerischen und übertriebenen Erzählungen solcher, die nach Vornahme einer kleinen Operation entlassen worden sind, tragen dazu bei, die Furcht vor dem Arzt zu vermehren. Eine Ausnahme machen in dieser Hinsicht die Bewohner des Dorfes Namatanai, die, unter dem Einfluß der katholischen Mission stehend, ziemlich regelmäßig die Poliklinik besuchen. Auch aus dem etwas weiter entfernten Salimon, dem Sitz der Wesleyanischen Mission, werden zuweilen Kranke gebracht. Aus größerer Ferne kommen Kranke aber nur dann, wenn es sich um die Folgen einer Schlägerei handelt, die nach dem Wunsche der Eingeborenen geahndet werden soll.

Die im Krankenhaus behandelten Kranken spiegeln diese Verhältnisse deutlich wieder. Es sind zur einen Hälfte Bewohner von Namatanai und Salimon, zur anderen Hälfte Insassen der Station und Privatangestellte. Würde von den freien Eingeborenen für die Behandlung Bezahlung verlangt werden, so würden auch diese wohl der ärztlichen Tätigkeit verlorengehen. Die Beibehaltung der freien ärztlichen Behandlung scheint mir für die Erwerbung des Vertrauens der Eingeborenen von größter Wichtigkeit. Aus den Gründen, die zur Errichtung der Dienststelle führten, ergibt sich, daß der Schwerpunkt der ärztlichen Tätigkeit nicht in Namatanai selbst, sondern in Dienstreisen nach den Außenteilen des Bezirkes liegt. Leider konnte

aus verschiedenen Gründen dieser Seite der Tätigkeit nicht die Berücksichtigung geschenkt werden, wie es wünschenswert gewesen wäre. Die mancherlei mit der Neueinrichtung einer Dienststelle verbundenen Arbeiten, die Unmöglichkeit, sich anfänglich in dem im Verkehr mit den Eingeborenen allein brauchbaren Pidgin-Englisch zu verständigen, machten größere Reisen unmöglich. Dazu kam, daß bald die Regenperiode einsetzte, die mit ständig zunehmender Heftigkeit bis zum Ende des Berichtsjahres andauerte. Die Flüsse des Bezirkes waren zeitweilig so hoch angeschwollen und führten so viel Treibholz, daß das Überschreiten der brückenlosen Flüsse mit Lebensgefahr verbunden war. Außerdem fehlte es in den Dörfern an Rasthäusern, in denen man während der schlechten Jahreszeit ein trockenes Unterkommen hätte finden und Untersuchungen hätte anstellen können. Es kam deshalb nur zu einer größeren Reise nach dem Norden des Bezirkes und zu kleinen Touren in die nähere Umgebung.

II. Gesundheitsdienst.

12. Seuchenbekämpfung.

Die allgemeine Bekämpfung der Malaria geschieht in Rabaul durch die in dem Kapitel »Assanierung« geschilderten Arbeiten. Von vielen Europäern wird die persönliche Prophylaxe geübt, in der Weise, daß entweder an jedem 5. Tage 1 g Chinin in Dosen von 5 × 0,2 g, oder daß an jedem Sonnabend 1 g und am Sonntag 0,6 g Chinin ebenfalls zweistündlich in Dosen von 0,2 g genommen wird. Beide Methoden sind, wenn die Termine des Chininnehmens regelmäßig innegehalten werden, in weitaus den meisten Fällen gut wirksam, indem sie den Ausbruch eines Fieberanfalles verhüten. Für die im Dienst des Gouvernements stehenden nichteinheimischen Eingeborenen, Chinesen, Malayen, Amboinesen und Leuten aus dem Inselgebiet (von Ponape, Truk, Jap usw.), die ziemlich häufig an Malaria erkrankten, wurde die Prophylaxe, an jedem 5. Tage 1,0 g Chinin, mit Erfolg eingeführt.

Aus Käwieng berichtet Dr. Hoffmann:

»In der Bekämpfung der Malaria leistet die fortschreitende Kultivierung mancherlei. An die farbigen Krankenaufseher im Lande wird vom Hospital aus Chinin gegeben, das von ihnen bei fieberhafter Erkrankung unter Eingeborenen an diese unentgeltlich zu verausgaben ist. Die Malaria ist hier im Lande anscheinend noch nicht sehr lange heimisch. Dafür spricht, daß häufig auch Erwachsene an Malaria erkranken, und daß sich bei fast allen Leuten eine mehr oder minder starke Milzschwellung findet. Denn im Gebiete der Astrolabebucht, wo Malaria sicher seit unvordenklichen Zeiten heimisch ist, sind infolge einer erworbenen relativen Immunität Fieberanfälle bei Erwachsenen sehr selten, auch finden sich bei Erwachsenen kaum je Milzschwellungen. Der Europäer kommt auch hier ohne Chininprophylaxe, dauernd oder vorübergehend, nicht aus. Am meisten hat sich die

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

4tägige 5mal 0,2 g Prophylaxe bewährt, die aber in vielen Fällen individuell modifiziert werden muß.«

Dr. Liesegang in Friedrich-Wilhelmshafen erwähnt, daß er bei einer Prophylaxe von 2mal 0,2 g Chinin an jedem 4. und 3mal 0,2 g Chinin an jedem 5. Tage 2 Jahre lang von Malaria verschont geblieben ist. Es scheint, daß alle Methoden der Prophylaxe zum Ziele führen, bei denen Chinin in nicht zu langen Zwischenräumen und vor allem ganz regelmäßig genommen wird.

Die Dysenterie, welche in Rabaul zu Beginn der Regenzeit einen größeren Umfang anzunehmen drohte, wurde mit gutem Erfolg durch folgende Maßnahmen bekämpft: »Die Arbeiter und Soldaten erhielten statt Wasser Tee als Getränk, die Wohn- und Schlafräume wurden wöchentlich zweimal mit desinfizierenden Flüssigkeiten gründlich gereinigt, Schlafdecken und Schlafmatten wurden alle 14 Tage im Dampfsterilisator und die Lendentücher täglich mit Lysollösung desinfiziert. Der Krankheit Verdächtige wurden sofort isoliert. Schon anfangs Januar ging die Häufigkeit der Zugänge auf den Durchschnitt zurück.«

In ähnlicher Weise wird auf den anderen Stationen bei Ausbruch der Seuche verfahren.

Über das Vorkommen der Ruhr im Bezirk Käwieng schreibt Dr. Hoffmann:

»Die Seuche, die unter den Eingeborenen am verheerendsten wirkt, ist wohl die Dysenterie. Sie erfordert zahlreiche Opfer, besonders durch den Fatalismus, mit dem der Eingeborene die Krankheit über sich ergehen läßt. Da können die eingeborenen Krankenaufseher wohl mancherlei Gutes stiften. Natürlich kann man durch sie keine komplizierten Vorbeugungsmaßregeln und keine komplizierte Behandlung vornehmen lassen. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, daß der Stuhl der Kranken durch Verschütten oder durch Entleeren in die See unschädlich zu machen sei, und daß sie für die Kranken eine besondere Hütte zu benutzen haben. Sie werden ferner auf die Bedeutung des Trinkwassers für die Krankheit aufmerksam gemacht. Am zweckmäßigsten ist es, wenn den Kranken Tee verabfolgt werden kann, den sie statt des Trinkwassers genießen sollen. Der Eingeborene mag den Tee sehr gern; allerdings muß er stark gezuckert sein. Zur Behandlung der Dysenterie erhalten die Krankenaufseher nur Rizinusöl, gegen das der Eingeborene nicht den Abscheu hat wie die meisten Europäer. Die Kranken erhalten vor- und nachmittags je einen Eßlöffel voll. Diese Behandlung hat sich mir immer noch am besten bewährt. Natürlich werden die Eingeborenen sich nur ganz allmählich zu einem zweckmäßigen Verhalten gegen die Krankheit erziehen lassen.«

Die folgenden von demselben Arzt über die Tuberkulose gemachten Ausführungen passen auch für die anderen Teile des Schutzgebiets:

»Eine große Gefahr bildet für die Eingeborenen die Tuberkulose. Bisher tritt sie nur vereinzelt auf. Das Fehlen alter ausgeheilter Spitzen-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

prozesse bei Sektionen, wie sie sich bei einem europäischen Material in einem großen Prozentsatz finden, beweist wohl, daß die Tuberkulose erst in neuerer Zeit ins Schutzgebiet eingeschleppt ist, wahrscheinlich durch Europäer.

Wohl jedem Arzt hier sind Fälle bekannt, wo Europäer mit hochgradiger Tuberkulose als Missionar, Händler oder Pflanzer in innigem Verkehr mit den Eingeborenen standen und unter Außerachtlassung aller Vorsichtsmaßregeln für Ausbreitung der Erkrankung sorgten.«

Gegen Beriberi wurde überall mit gutem Erfolg die Katjang-idjoe-Bohne (Phaseolus radiatus) in Mengen von etwa 150 g pro Kopf und Tag verabreicht. Sie muß durch gutes Kochen den Leuten schmackhaft gemacht werden und wird dann gern genossen. Sie ist auch geeignet, vorbeugend zu wirken; nur sind die angepflanzten Mengen meist noch nicht ausreichend, um auch den Gesunden die Bohne als Zugabe zu ihrer Reisration zu geben.

Schutzimpfungen gegen Pocken sind in den Bezirken Rabaul, Herbertshöhe und Friedrich-Wilhelmshafen ausgeführt; in letzterem Bezirk wurden 1842 Leute geimpft, darunter 1200 unabhängige Eingeborene, besonders an der Nordküste von Kaiser-Wilhelmsland von Rempi bis Potsdamhafen und auf der vorgelagerten Vulkaninsel.

Da der im Berichtsjahre eingetroffene Regierungsdampfer »Komet« mit einer Eismaschine ausgerüstet ist, die gestattet, die Lymphe unverdorben auch den Stationen Käwieng und Namatanai zu übermitteln, sollen in Zukunft auch dort die Impfungen wieder aufgenommen werden. Eine große Anzahl der Eingeborenen Neu-Mecklenburgs, welche als Arbeiter in Neu-Pommern oder Kaiser-Wilhelmsland tätig gewesen sind, sind dort bereits geimpft.

Lepra ist bis jetzt nur vereinzelt festgestellt. Ob sie schon eine größere Ausdehnung genommen hat, ist noch nicht genügend erforscht. Im Bezirk Käwieng sind 3 Leprakranke bisher isoliert. Wahrscheinlich werden bei weiterer Untersuchung der unabhängigen Eingeborenen anläßlich der nächsten Steuererhebung sich noch einige Fälle finden. Es ist daher die Gründung eines Lepraheims kaum zu umgehen.

Das Vorkommen der Wurmkrankheit (Ankylostomiasis) ist im ganzen Schutzgebiet bei den Eingeborenen nachgewiesen. Ihre Bekämpfung ist sehr schwierig infolge der kaum auszurottenden Gewohnheit der Eingeborenen, ihre Fäkalien überall in den Busch zu entleeren, und der an vielen Plätzen mangelhaften Wasserversorgung.

Die gegen die im September 1911 in Rabaul aufgetretene epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung angeordneten Absperrungsmaßregeln hatten, wie bei der schnellen Ausdehnung der Krankheit zu erwarten war, keinen Erfolg. Durch den Schiffsverkehr wurde sie in das ganze Schutzgebiet getragen.

Auf die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird im Kapitel »Soziale Hygiene« näher eingegangen werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

13. Gesundheitsverhältnisse einzelner Stationen.

Im Bezirk Rabaul war die epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung die Krankheit, welche mit 544 Fällen am häufigsten zur Aufnahme in das Krankenhaus führte, obwohl sie nur von Mitte September 1911 bis Mitte März 1912 auftrat. Sie soll von Sydney eingeschleppt sein.

Die zahlreichen Erkrankungen der äußeren Bedeckungen erforderten bei Farbigen 474mal ärztliche Behandlung im Krankenhause; von Europäern nahmen 54 aus dieser Ursache ärztliche Hilfe in Anspruch.

Malariafieber war bei Farbigen 161mal Gegenstand ärztlicher Behandlung im Krankenhause, bei Europäern 85mal, von letzteren wurden jedoch die meisten in ihren Wohnungen behandelt. Schwarzwasserfieber kam bei den Europäern des Bezirks Rabaul überhaupt nicht vor; ein chinesischer Zimmermann wurde aus Eitape mit Schwarzwasserfieber dem hiesigen Krankenhause überwiesen, der einzige zur Behandlung gekommene Fall. Er wurde wiederhergestellt.

Die verschiedenen Geschlechtskrankheiten machten bei Farbigen 167mal Krankenhausbehandlung notwendig; doch ist hierzu zu bemerken, daß eine ganze Anzahl dieser Kranken von entfernten Plätzen des Schutzgebiets, an denen kein Arzt zur Verfügung stand, zur Behandlung nach Rabaul geschickt wurden. Von Europäern kamen 18 in Behandlung.

Die am nächsten häufige Krankheit war die Dysenterie, wegen welcher 98 Farbige und 2 Europäer im Krankenhause behandelt wurden.

Die übrigen vorgekommenen Krankheiten und ihre Häufigkeit sind aus der dem Bericht beigefügten Nachweisung zu ersehen.

In Herbertshöhe und Käwieng liegen die Verhältnisse, was Häufigkeit und Auftreten der einzelnen Krankheiten betrifft, ähnlich wie in Rabaul.

Nach Dr. Kröning »können die Gesundheitsverhältnisse der Station Namatanai sowohl in bezug auf die farbige als auch in bezug auf die weiße Bevölkerung als gut bezeichnet werden. Malaria ist im ganzen recht selten, und in den Fällen, in denen sie bei Europäern auftrat, war die Erwerbung der Krankheit am Platze wenig wahrscheinlich. Dies erklärt sich aus der überaus günstigen Lage von Namatanai. Die ständig wehende See- oder Landbrise hält bei genügender Säuberung der Umgebung der Häuser die Stechmücken fern und macht den Aufenthalt in den Häusern sehr angenehm. Der sehr durchlässige Korallenboden läßt es selbst in der stärksten Regenzeit kaum zu Wasseransammlungen kommen. Dieser Mangel an stehenden Gewässern ist der Entwicklung der Stechmücken wenig günstig, so daß von einer Moskitoplage kaum geredet werden kann Die gelegentlich im Bereiche der Station angestellten Untersuchungen ergaben, daß die gefangenen Stechmücken fast ausschließlich der Gattung Culex angehörten, nur ganz wenige Exemplare der Gattung Anopheles wurden gefunden. Ein anderer günstiger Umstand für die geringe Verbreitung der Malaria unter den Stationsinsassen ist wohl der, daß das nächste Dorf, das Dorf Namatanai, sich 1—2 km von der Station entfernt befindet.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Dr. Liesegang berichtet von Friedrich-Wilhelmshafen:

»Die Gesundheitsverhältnisse waren im allgemeinen gute. Außer einer Mumpsepidemie kamen Epidemien nicht vor. Ansteckende Darmkrankheiten wurden durch Neuanwerbungen vereinzelt eingeführt. Weiterverbreitung konnte durch strenge Isolierung verhindert werden. Wenn auch die Malaria natürlich noch weit verbreitet ist, kann man sich doch bei richtiger Prophylaxe und geordneter Lebensweise sehr wohl schützen.

Der freie Eingeborene zeigt immer noch wenig Neigung, den Arzt aufzusuchen; es kann als kleiner Fortschritt angesehen werden, daß einzelne freiwillig sich eingefunden haben. Man muß äußerst vorsichtig zu Werke gehen, um allmählich in dieser Hinsicht vorwärts zu kommen. So würde ich es für durchaus falsch halten, wenn bei den Leuten, die man eben zu gewinnen anfängt, intime Untersuchungen zur Erkundung der Sterilität der Frauen usw. vorgenommen würden. Ich und viele andere sind der Ansicht, daß durch derartiges Vorgehen mit einem Schlage alles Gewonnene verloren gehen würde. Nur unter Berücksichtigung des Empfindens des Eingeborenen kann hier Platz gewonnen werden. Es wurden nur 31 freie Eingeborene behandelt, gewiß eine kleine Zahl.

Einen vollkommenen Überblick über die Gesundheitsverhältnisse gewinnt man bei den meist kurzen Dienstreisen nicht. Weiber, Kinder, junge Leute suchen erstmal das Weite, während alte Männer empfangen. Mit vieler Mühe und Geduld gelingt es schließlich, einen Teil des anderen Volkes zu sehen, aber selten wird es vorkommen, daß bei der Kürze der Zeit alle sich zur Vorstellung entschließen. Es liegt der Gedanke nahe, daß die Kranken zum Teil im Versteck gehalten werden, denn der größte Teil der Kanaken stirbt vorläufig lieber im Busch, als daß er sich vom Arzt heilen läßt. Wäre ein zweiter Arzt in dem großen Kaiser-Wilhelmsland tätig, und zwar auch mit dem Sitz in Friedrich-Wilhelmshafen, so könnte für die Eingeborenen mehr geleistet und mehr erreicht werden, da jede Schiffsgelegenheit benutzt werden könnte und der betreffende Arzt sich längere Zeit an bedürftigen Plätzen aufhalten könnte. Der eine für Kaiser-Wilhelmsland zur Verfügung stehende Arzt ist fast ständig an Friedrich-Wilhelmshafen gebunden.

Soweit sich nun ein Überblick über die allgemeinen Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen gewinnen ließ, so können sie als befriedigend bezeichnet werden. Geschwüre, Hautkrankheiten sind die Leiden, welche bei den flüchtigen Reisen auffallen.

Elephantiasis kommt überall vereinzelt vor. Erkältungskrankheiten, Lungenentzündung sollen manches Opfer fordern. Von größeren Epidemien unter den Eingeborenen ist nichts bekannt geworden. Daß die Ruhr an manchen Plätzen im Lande endemisch herrscht, ist durch Anwerbungen festgestellt. Nach Angabe angeworbener Kranker soll an ihren Plätzen Ruhr herrschen und Opfer fordern. Diese Plätze wurden vorläufig für die Anwerbung gesperrt; unter ärztliche Beobachtung konnten die Plätze nicht genommen werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Kindermangel, Knabenüberschuß wurden schon früher als bedrohliches Zeichen des Bevölkerungsrückganges erwähnt. Es wird möglich sein, auf Plätze in der Nähe des Regierungssitzes und der Missionen dahin zu wirken, daß die Eingeborenen mehr und mehr von den Sitten und Bräuchen lassen, welche zu der geringen Geburtenzahl beitragen. So ist es vielfach Sitte, daß ein verheiratetes Paar, solange es kein eigenes Haus besitzt, keine Kinder haben darf. Je nachdem nun der Häuserbau kürzere oder längere Zeit hinausgeschoben wird, wird auch der Nachwuchs auf irgendeine Weise verhindert. Es ist wohl sicher anzunehmen, daß die angewandten Mittel oft zu Störungen an den Geschlechtsorganen führen, welche weitere Empfängnis verhindern. Hier einzugreifen ist sehr wichtig, aber auch sehr schwer. Jedenfalls ist der Eingeborene für derartige Belehrungen nicht zu haben. Er lächelt zu allen gestellten Fragen, wohl wissend, worauf man hinaus will, beantwortet sie aber gar nicht oder mit »me so sabe«. Also auch hier muß der Arzt viel Zeit und Geduld haben, wenn er Vertrauen gewinnen und den Eingeborenen bekehren will.

Daß große Wunden, die schwere nicht behandelte Framboesie, die Unsauberkeit bei der Haltung und Ernährung der kleinen Kinder und sonstige Mißstände viel zu dem Bevölkerungsrückgang beitragen, bedarf kaum der Erwähnung. Wäre es möglich, wenigstens in jedem Jahre einmal sich den Plätzen zu zeigen, so könnte vielleicht umfangreicher eingewirkt werden. Aber es fehlt eben immer wieder an ärztlichem Personal in dem umfangreichen Lande.«

14. Gesundheitsdienst bei größeren privaten Unternehmungen.

Privatärzte gibt es im Schutzgebiet nicht. Der Regierungsarzt versieht auch den Gesundheits- und Krankendienst bei den in seinem Bezirk ansässigen Pflanzungsunternehmungen und Missionsgesellschaften.

In Rabaul hat der Norddeutsche Lloyd für seine Arbeiter ein kleines Krankenhaus errichtet, in welchem nur Leichtkranke behandelt werden. Schwerkranke und ansteckungsfähige Kranke werden dem Regierungskrankenhause überwiesen. Das Lloydkrankenhaus wird wöchentlich mindestens dreimal vom Arzte besucht, ein Angestellter der Firma steht ihm zur Seite und überwacht täglich zweimal die Tätigkeit zweier ausgebildeter eingeborener Krankenwärter, die ihren Dienst in zufriedenstellender Weise erfüllen.

In gleicher Weise wird der Gesundheitsdienst bei der Firma Hernsheim & Co. in Matupi ausgeübt, deren eigenes kleines sogenanntes Hospital wöchentlich mindestens einmal vom Arzte besucht wird. Das zu Hospitalzwecken dienende Häuschen und seine Ausstattung genügt kaum den bescheidensten Anforderungen. Ein Neubau an der Grenze von Rabaul ist geplant.

In Herbertshöhe besitzen die großen Pflanzungsunternehmungen und die dortige Katholische Missionsgesellschaft eigene gut eingerichtete

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankenhäuser für ihre Arbeiter, die im Kapitel »Sanitäre Einrichtungen« aufgezählt sind. Der Gesundheits- und Krankendienst wird von den Heilgehilfen der betreffenden Firmen unter Aufsicht des Regierungsarztes, der die Krankenhäuser regelmäßig besucht, ausgeübt.

In Käwieng besteht ein besonderer Gesundheitsdienst bei privaten Unternehmungen nicht. Bei Erkrankungen werden die Leute in das Regierungshospital geschickt, oder es wird der Rat des Regierungsarztes eingeholt. Oft genug allerdings behandeln die Pflanzer mit mehr oder weniger Erfolg selbst oder schicken gar Kranke aus Sparsamkeitsgründen in ihre Dörfer.

In der Nähe von Namatanai befinden sich zwei größere Pflanzungsgesellschaften, die ihre schwerkranken Arbeiter in das dortige Regierungshospital schicken. Den Gesundheitsdienst, bestehend in regelmäßigen Untersuchungen, übt der dortige Regierungsarzt aus.

In Kaiser-Wilhelmsland ist die Neuguinea-Kompagnie, welcher das dortige Europäerkrankenhaus gehört, die größte Privatunternehmung. Sie besitzt für ihre Arbeiter je ein Krankenhaus in Friedrich-Wilhelmshafen und in Stephansort. In ersterem finden auch die dem dortigen Bezirksamt unterstellten Farbigen (Soldaten, Arbeiter, Gefangene) in Erkrankungsfällen Aufnahme. Den Gesundheits- und Krankendienst in den Anstalten versieht der dortige Regierungsarzt, welchem zwei von der Neuguineakompagnie angestellte Heilgehilfen und eine Krankenschwester unterstehen.

Auf der Insel Witu hat die Neuguinea-Kompagnie für ihre dortigen Arbeiter einen Heilgehilfen angestellt und eine größere Krankenstube für die Erkrankten eingerichtet.

Die G. m. b. H. Heinrich Rudolph Wahlen, welche in Maron Luf-Gruppe ihren Sitz hat, hat auf den drei Inseln, auf welchen sie die meisten Arbeiter beschäftigt, je einen Heilgehilfen angestellt und gut eingerichtete Krankenstuben für die Erkrankten erbaut.

15. Soziale Hygiene

(Arbeiterfürsorge, Prostitution).

Eine Verordnung des Gouverneurs, betreffend die Anwerbung und Ausführung von Eingeborenen, welche schon seit dem Jahre 1888 besteht und zuletzt am 4. März 1909 einer Durchsicht unterzogen ist, schreibt u. a. für jedes Schiff vor, wieviel Arbeiter seinem Rauminhalt entsprechend auf ihm befördert werden dürfen. Ferner wird die Dauer der Arbeitsstunden und die Menge der Nahrungsmittel, die jedem Arbeiter täglich zu liefern ist, festgesetzt. Auch verpflichtet sie den Arbeitgeber in Erkrankungsfällen seinen Arbeitern ärztliche Hilfe angedeihen zu lassen. Endlich muß jeder Neuangeworbene dem Arzt zur Untersuchung vorgeführt werden, ehe die Anwerbung vom Bezirksamt genehmigt wird. Zeitweilig wegen Krankheit Dienstunfähige hat der Arbeitgeber bis zu ihrer Wiederherstellung zu verpflegen und ärztlich behandeln zu lassen. Die Behörde kann ihre Unterbringung in einem Krankenhause anordnen. Ebenso darf kein Arbeiter nach

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ablauf seines Vertrages in seine Heimat entlassen werden, bevor er nicht dem Arzt vorgestellt ist.

Auf diese Weise wird verhindert, daß Kranke und arbeitsunfähige Leute als Arbeiter eingestellt werden. Auch wird hierdurch der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten, speziell der Geschlechtskrankheiten, ein starker Riegel vorgeschoben.

In den Ausführungsbestimmungen zu dieser Verordnung wird eine Nachschau angeordnet, die jährlich etwa einmal vom Vorstand der nächsten Dienststelle, meist dem Bezirksamtmann, in Gemeinschaft mit dem Regierungsarzt, wo ein solcher zur Verfügung steht, auf den einzelnen Pflanzungsbetrieben an Ort und Stelle erfolgt. Die Prüfung erstreckt sich vor allem auf die Unterbringung, Ernährung, Gesundheitspflege und Krankenhilfe, Verabreichung der Gebührnisse, Löhnung, Handhabung der Disziplin.

Bei dieser Gelegenheit werden auch die von den Pflanzungsgesellschaften betriebenen Hausapotheken einer Besichtigung unterzogen, in erster Linie daraufhin, ob die für den gewöhnlichen Gebrauch notwendigen Arzneimittel und Verbandstoffe in genügender Menge und guter Beschaffenheit vorhanden sind.

Um die Verschleppung und Verbreitung von Krankheiten nach Möglichkeit zu vermeiden, wird auf allen Stationen monatlich eine Untersuchung der eingeborenen Soldaten, Arbeiter und Gefangenen durch den Regierungsarzt vorgenommen. Dieselbe erstreckt sich vor allem auf den allgemeinen Ernährungszustand, ansteckende Haut-, Geschlechts- und Augenkrankheiten. Der Regierungsarzt in Friedrich-Wilhelmshafen achtet bei dieser Gelegenheit auch besonders auf Beriberi, um beginnende leichte Fälle sofort in Behandlung nehmen zu können und die schweren, akuten, perniziösen Formen zu vermeiden. Es ist ihm dadurch gelungen, die Zahl der Todesfälle an Beriberi bedeutend zu verringern. Treten Krankheiten gehäuft auf, werden diese Untersuchungen in kürzeren Zwischenräumen abgehalten.

Auch die großen Firmen und Pflanzungsgesellschaften, welche im allgemeinen volles Verständnis für die Arbeiterfrage und die Arbeiterfürsorge zeigen, lassen ihre Arbeiter regelmäßig meist monatlich durch ihre angestellten Heilgehilfen oder, wo ein solcher nicht vorhanden ist, durch den nächsten Arzt untersuchen.

Die Prostitution wird in Rabaul gewerbsmäßig von 8 bis 10 Japanerinnen betrieben, welche in zwei Bordellen untergebracht sind und wöchentlich mindestens einmal vom Arzt untersucht werden. An den anderen Plätzen des Schutzgebiets besteht eine Prostitution in europäischem Sinne nicht.

Bemerkenswert ist, was Dr. Runge über die Halbblutkinder schreibt:

»Von sämtlichen Halbblutkindern sind 50% gesundheitlich so schlecht veranlagt, daß man die zukünftige Lebensdauer derselben nicht zu hoch veranschlagen darf; es ist daher eine Ehe, speziell des

weiblichen Teils, mit Weißen in sozial-hygienischer Hinsicht entschieden zu verwerfen. Die meisten von ihnen leiden an Wucherungen im Nasenrachenraum, ein großer Teil zeigt rhachitische Erscheinungen, viele tragen die Merkmale congenitaler Lues.«

16. Bevölkerungsstatistik

(nach dem Stande vom 1. Januar 1912).

A. Europäer.

Verwaltungsbezirk	männlich	weiblich	Zusammen	davon unter 15 Jahren männlich	weiblich	Zusammen
Rabaul	277	108	385	19	16	35
Fr.-Wilhelmshafen	148	86	234	12	19	31
Käwieng	48	17	65	7	5	12
Namatanai	15	6	21	1	2	3
Kieta	36	11	47	2	1	3
Eitape	28	12	40	.	.	.
Morobe	12	4	16	1	2	3
Manus	43	2	45	.	.	.
Zusammen	607	246	853	42	45	87
Dagegen im Vorjahre	552	196	748	43	35	78
Zunahme	55	50	105	— 1	10	9
Hiervon entfallen auf:						
a) Bismarckarchipel und Salomonsinseln	419	144	563	29	24	53
Dagegen im Vorjahre	391	118	509	28	20	48
Zunahme	28	26	54	1	4	5
b) Kais.-Wilhelmsland	188	102	290	13	21	34
Dagegen im Vorjahre	161	78	239	15	15	30
Zunahme	27	24	51	— 2	6	4

B. Nichteinheimische farbige Bevölkerung.

Nationalität:

1. Chinesen	734
2. Malaien bzw. Javanen	126
3. Tagalen	25
4. Inder	4
5. Nichteinheimische Südseeinsulaner	32
Summe	921
Dagegen im Vorjahre	762
Zunahme	159

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Hiervon entfallen auf:

a) Bismarckarchipel und Salomonsinseln:

1. Chinesen	638
2. Malaien bzw. Javanen	58
3. Tagalen	17
4. Inder	3
5. Nichteinheimische Südseeinsulaner	26
Summe	742
Dagegen im Vorjahre	556
Zunahme	186

b) Kaiser-Wilhelmsland:

1. Chinesen	96
2. Malaien bzw. Javanen	68
3. Tagalen	8
4. Inder	1
5. Nichteinheimische Südseeinsulaner	6
Summe	179
Dagegen im Vorjahre	206
Abnahme	27

C. Eingeborene.

Eine im Jahre 1910 veranstaltete Volkszählung in den organisierten Teilen der Gazellehalbinsel ergab eine eingeborene Bevölkerung von 30 752 Personen, und zwar 10 197 Männer, 8 932 Frauen, 6 399 Knaben, 5 224 Mädchen. Hinzu kommen noch 175 Köpfe vom Stamme der Taulil und 1 166 von dem der Sulka, in Summa 32 093 Personen.

Im Bezirk Käwieng, Neu-Mecklenburg-Nord, wurden 21 600 Eingeborene gezählt. Nähere Angaben fehlen aus letzter Zeit.

Im Bezirk Namatanai, Neu-Mecklenburg-Süd, wurde im Jahre 1911 die eingeborene Bevölkerung im nördlichen und mittleren Teil des Bezirks genau gezählt, im südlichen Teil sind die Zählungen noch nicht ganz abgeschlossen. Das Ergebnis war folgendes:

In den genau gezählten Teilen des Bezirks: 4 624 Männer, 4 080 Frauen, 1 490 Knaben, 1 112 Mädchen. Die Bevölkerung im südlichen Teil des Bezirks wird auf 3 500 Köpfe geschätzt.

In Kaiser-Wilhelmsland sind einheitliche Volkszählungen in größerem Umfange noch nicht vorgenommen.

Auffallend ist überall der große Männer- und Knabenüberschuß im Vergleich zu der Zahl der Frauen und Mädchen, ein Zeichen der Degeneration der Rasse. In Neu-Mecklenburg-Süd ist die Zahl der vorhandenen Kinder erheblich geringer als die Gesamtzahl der Frauen, ein ebenfalls trauriges Zeichen des Rückgangs der Bevölkerung.

In den oben angegebenen Zahlen sind nicht miteingerechnet die im Dienst der Europäer beschäftigten eingeborenen Arbeiter. Die Gesamtzahl dieser Arbeiter beträgt auf den Pflanzungen: 13 449.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

im Vorjahr 10 984. Von diesen kommen auf die Unternehmungen im Bismarckarchipel und den Salomonsinseln 9 316, auf die in Kaiser-Wilhelmsland 4 133 Arbeiter. Man muß annehmen, daß am 1. Januar 1912 insgesamt etwa 16 000 Eingeborene im Dienst von Europäern standen, Polizeisoldaten, Gouvernementsarbeiter, Diener usw. eingerechnet.

III. Krankendienst.

17. Krankenbewegung.

Zur richtigen Beurteilung der folgenden Tabelle diene folgende Erläuterung:

1. Ein Vergleich mit dem Vorjahre würde zu falschen Schlüssen führen, da aus dem Jahr 1910/11 kein Bericht aus Käwieng eingegangen ist und alle diesbezüglichen Zahlen und Angaben von dort fehlen. Auch war die Arztstelle in Namatanai damals noch nicht eingerichtet.

2. Bei der angegebenen Iststärke der Europäer sind auch die eingerechnet, die an entfernten Plätzen wohnen, an denen sie nie die Möglichkeit haben, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die durchschnittliche Iststärke der farbigen Bevölkerung anzugeben, ist unmöglich, da Ergebnisse über Volkszählungen nur aus den wenigen organisierten Teilen des Schutzgebiets vorliegen. Es ist daher die Zahl der im Dienst von Europäern stehenden Farbigen, welche das Haupt-Kontingent der von den Ärzten behandelten Kranken bilden, an die Stelle dieser Zahl gesetzt.

3. Unter der Rubrik »Bestand« und »Zugang« sind bei Farbigen nur die in den Krankenhäusern des Gouvernements und der Neuguineakompagnie in Friedrich-Wilhelmshafen behandelten Kranken gezählt. Nicht eingerechnet sind die in den Privatkrankenhäusern der Firmen und Missionen behandelten farbigen Arbeiter und die poliklinisch behandelten farbigen Kranken. Bei den Europäern sind dagegen auch die ambulant oder in ihren Wohnungen Behandelten aufgeführt.

4. Die Zahl der Behandlungstage bezieht sich nur auf die im Krankenhause behandelten Kranken. Es wäre daher falsch, aus der Zahl der kranken Europäer und der der Behandlungstage einen Schluß auf die durchschnittliche Krankheitsdauer ziehen zu wollen.

5. Das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke ist geeignet, ebenfalls ein ganz falsches Bild der Häufigkeit der Erkrankungen zu geben, da eine nicht geringe Anzahl von Europäern und Farbigen infolge der weiten Entfernung ihres Wohnsitzes vom nächsten Arzt und der seltenen Schiffsverbindung gar nicht in der Lage ist, in Erkrankungsfällen ärztliche Hilfe zu erlangen, und die Erkrankungen dieser Europäer daher auch nicht bekannt geworden sind.

Je leichter und bequemer der Arzt zu erreichen ist, um so mehr wird er in Anspruch genommen. Dieses prägt sich sehr deutlich aus,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

wenn man den Bezirk Rabaul mit dem von Friedrich-Wilhelmshafen vergleicht. Im Verwaltungsbezirk Rabaul, zu dem auch Herbertshöhe gehört, befinden sich 385 ansässige Europäer. Ärztliche Hilfe, teils in Rabaul, teils in Herbertshöhe, wurde von diesen in 512 Fällen in Anspruch genommen. Dieses würde für den Bezirk Rabaul eine Morbidität von 142,8% ergeben, und wenn man etwa 32 Kranke als nicht zur im Bezirk ansässigen Bevölkerung gehörend abzieht, bleibt immer noch eine Morbidität von 125% für diesen Bezirk übrig.

Im Bezirk Friedrich-Wilhelmshafen verteilen sich die 234 ansässigen Europäer auf ein Gebiet, das fast so groß ist wie das halbe Königreich Preußen. 66 Europäer kamen in Friedrich-Wilhelmshafen in ärztliche Behandlung, was einer Morbidität von nur 28,5% entspricht. Es wäre nun ganz falsch, aus dieser Tatsache den Schluß zu ziehen, daß Kaiser-Wilhelmsland gesünder ist als die Gazellehalbinsel. Gerade das Umgekehrte dürfte der Fall sein.

	Für das Vorjahr 1910/11		Für das Berichtsjahr 1911/12	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
a. Krankenzugang				
Durchschnittliche Iststärke	748	ca. 13 000	853	ca. 16 000
Bestand	5	154	7	196
Zugang	512	2 006	645	3 305
Davon: a) Krankenhaus	—	—	169	2 004
b) Poliklinik	—	—	476	ohne Herbertshöhe
Behandlungstage nur im Krankenhaus	1 629	61 223	2 675	76 281
Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	71,4%	16,6%	76,9%	33%
b. Abgang ohne Berücksichtigung der poliklinisch behandelten Farbigen				
Geheilt	461	1 853	600	3 178
Gestorben	7	93	5	81
Anderweitig	42	56	32	62
Bestand bleiben	7	158	15	180

Die nächste Tabelle ist eine Zusammenstellung der Zahl der auf den einzelnen Stationen behandelten Europäer und Farbigen. Die Zahlen beziehen sich nur auf die in den Gouvernementskrankenhäusern bzw. Polikliniken behandelten Fälle; die in den Arbeiterhospitälern der großen Pflanzungen behandelten Kranken sind nicht eingeschlossen.

Die vorgekommenen Erkrankungen bei Europäern und Farbigen sind für das ganze Schutzgebiet zum erstenmal in einer einheitlichen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

	Rabaul		Herbertshöhe		Käwieng		Namatanai [1]		Friedrich-Wilhelmshafen	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
a) Krankenzugang										
Durchschnittliche Iststärke	385	—	—	—	65	—	21	—	234	—
Bestand	2	94	4	10	—	23	—	13	1	56
Zugang										
a) Krankenhaus	85	1 870	46	116	—	694	—	57	38	568
b) Poliklinik	295 [2]	1 134	80	?	70	433	4	113	27	324
Behandlungstage im Krankenhause	1 125	43 850	875	1 109	—	6 961	—	2 403	685	21 958
Verhältnis zur Iststärke	100 %	—	—	—	107,7 %	—	20 %	—	28,5 %	—
b) Abgang [3]										
Geheilt	360	1 814	112	120	67	662	4	53	52	529
Gestorben	2	48	1	1	1	12	—	1	—	19
Anderweitig	6	31	13	1	—	9	—	4	14	17
Bestand bleiben	14	71	4	4	2	34	—	12	—	59

Nachweisung zusammengestellt. Da diese leider noch nicht allenthalben nach einheitlichen Gesichtspunkten bearbeitet ist, sind in den Anlagen außer der Gesamtnachweisung die von den verschiedenen Ärzten aufgestellten Tabellen beigegeben. Im einzelnen ist folgendes zu bemerken:

1. Die Nachweisung berücksichtigt nur die in den Gouvernementskrankenhäusern behandelten Kranken, nicht auch die in den Arbeiterkrankenhäusern der großen Firmen Behandelten, außer Friedrich-Wilhelmshafen, wo das der Neuguinea-Kompagnie gehörende Eingeborenenhospital auch die dem Kaiserlichen Bezirksamt unterstellten Kranken und unabhängige Eingeborene aufnimmt.

2. Bei den Europäern, zu denen auch in diesem Zusammenhang Japaner zählen, sind auch die ambulant und in ihren Wohnungen behandelten Kranken aufgeführt, so daß die Nachweisung in dieser Beziehung ein vollständiges Bild liefert von allen in ärztliche Behandlung gekommenen Europäern. Bei den Farbigen sind nur in Namatanai und in Friedrich-Wilhelmshafen die ambulant behandelten Kranken mitgezählt, in Rabaul, Herbertshöhe und Käwieng nicht.

Die Zahl der Krankentage, die in der obenstehenden Tabelle angegeben ist, bezieht sich jedoch nur auf die im Krankenhaus behandelten Kranken, sowohl bei Europäern wie bei Farbigen.

[1] Berichtszeit $4\frac{1}{2}$ Monate.
[2] Meist in den Wohnungen behandelt.
[3] Ohne Berücksichtigung der poliklinisch behandelten Farbigen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

3. In der Rubrik »Chinesen« sind alle erkrankten nicht einheimischen Farbigen, wie Malayen, Tagalen, Inder und sonstige Südseeinsulaner aufgezählt, da diese in ihrem Verhalten manchen Krankheiten gegenüber sich wesentlich von den hiesigen Eingeborenen unterscheiden.

4. In der Rubrik »Im ganzen behandelt« konnte Bestand und Zugang nicht durch ein + -Zeichen getrennt werden, da außer in den Nachweisungen von Rabaul und Herbertshöhe diese Zahlen in eine zusammengezogen waren.

5. In der Rubrik »geheilt« sind in Rabaul, Herbertshöhe und Käwieng auch die anderweitig Entlassenen aufgeführt, in Namatanai und Friedrich-Wilhelmshafen dagegen nicht.

Bei der Rubrik »gestorben« ist nichts besonderes zu erwähnen, da diese in allen Nachweisungen richtig ausgefüllt ist.

Zieht man von den Endzahlen in der Gesamtnachweisung die in Namatanai und Friedrich-Wilhelmshafen ambulant behandelten Farbigen ab, 113 (Namatanai) und 324 (Friedrich-Wilhelmshafen), so ergibt sich, daß in den Gouvernementskrankenhäusern einschließlich Friedrich-Wilhelmshafen in Summa 3 501 farbige Kranke an 76 281 Verpflegungstagen behandelt sind.

Die Zahl der poliklinisch behandelten Farbigen beträgt in Summa 2 004 Kranke außer Herbertshöhe, wo die ambulanten Kranken nicht gezählt sind.

Wie die Kranken sich auf die einzelnen Plätze verteilen, ergibt sich aus der Tabelle auf Seite 28. Zu berücksichtigen ist hierbei, daß die Arztstelle in Namatanai nur $4^1/_2$ Monate besetzt war.

18. Tätigkeitsberichte der großen Krankenanstalten.

a. Europäerkrankenhaus in Rabaul, Namanula.

Das Europäerkrankenhaus stand vom 1. April bis Mitte August 1911 unter der Leitung des Herrn Dr. Wick, seitdem unter der des Herrn Dr. Kopp. Es wurden insgesamt behandelt 85 Kranke mit 1 125 Behandlungstagen. Hiervon waren Angestellte des Gouvernements: 22 mit 276, Private: 58 mit 776, und Kinder: 5 mit 73 Behandlungstagen. Im Bestand waren am 1. April 1911: 0 Kranke. Es wurden geheilt entlassen: 76, anderweitig 5, es starb 1, es blieben im Bestand: 3. Chirurgische Eingriffe wurden vorgenommen: 15 in Narkose, 7 ohne Narkose. Von 5 Geburten verliefen 4 spontan, einmal war Entwicklung des Kindes mit der Zange notwendig.

Die übrigen Krankheitsfälle sind in der »Nachweisung« über die kranken Europäer mit aufgeführt.

Der Besuch des Krankenhauses war in den verschiedenen Monaten verschieden stark, am schwächsten im November, am stärksten vom Januar bis März. Durchschnittlich waren 3 Betten belegt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

b. Europäerkrankenhaus in Herbertshöhe.

Das Europäerkrankenhaus stand bis Mitte Oktober 1911 unter der Leitung des Berichterstatters, seitdem unter der von Dr. Runge.

Am 1. April 1911 waren 3 Kranke Bestand; hinzu kamen im Laufe des Jahres 46. Von diesen 49 Kranken wurden 40 geheilt, 4 anderweitig entlassen, 1 starb, 4 bleiben am 1. April 1912 Bestand.

Die Zahl der Verpflegungstage betrug 875.

Die Art der Erkrankungen auch bei den ambulant behandelten Europäern geht aus der beigegebenen Nachweisung hervor.

c. Europäerkrankenhaus in Friedrich-Wilhelmshafen.

Leiter: Oberstabsarzt Dr. Liesegang.

Bestand blieb am 1. April 1911 1 Europäer. In Zugang kamen 33 Männer, 5 Frauen. Von diesen 39 Kranken waren dem Berufe nach

Regierungsbeamte	8	Missionsmitglieder	9
Neuguinea-Kompagnie	19	Private	3

Es wurden geheilt entlassen 26, gebessert entlassen 10, heimgesandt 3.

Die Behandlungstage betrugen 498, mithin wurde der einzelne Fall durchschnittlich 12,7 Tage behandelt.

Die beigefügte Nachweisung über die im Berichtsjahre verstorbenen Europäer gibt über die Zahl der Verstorbenen und die Todesursache Auskunft.

d. Eingeborenenkrankenhaus in Rabaul.

Es stand im Berichtsjahre bis Mitte August 1911 unter der Leitung des Herrn Dr. Wick, bis zum 1. Februar unter der des Herrn Dr. Kopp, seitdem unter der des Berichterstatters.

Zu 94 am 1. April 1911 im Bestand gebliebenen Kranken kamen im Laufe des Berichtsjahres 1 870 Zugänge. Die Zahl der Krankentage betrug 43 850. Das ergibt einen täglichen durchschnittlichen Krankenbestand von 120 Kranken.

1 207 Kranke mit 26 982 Krankentagen waren dem Gouvernement unterstellt, 38 Kranke mit 903 Krankentagen waren unabhängige Eingeborene, 719 Kranke mit 15 965 Krankentagen waren Arbeiter von hiesigen Firmen.

Unter den 1 964 Kranken waren 1 788 Männer, 176 Frauen und Kinder. 1 814 Kranke wurden geheilt, 31 Kranke anderweitig entlassen.

48 Kranke starben; unter diesen waren 10 nicht einheimische Farbige.

71 Kranke bleiben am 1. April 1912 Bestand.

Die Todesursache war in 20 Fällen Ruhr, in 7 Fällen Tuberkulose der Lungen, einmal Tuberkulose des Bauchfells, in 4 Fällen akute Lungenentzündung, in 2 Fällen Beriberi, in 2 Fällen Cachexie nach chronischem Opiumgenuß (Chinesen); je 1 Kranker starb an Wundrose, Pyämie, Malaria, Sonnenstich, Sarkom, Hirnhautentzündung,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Lungenblutung, Magenblutung infolge Geschwür (er wurde sterbend eingeliefert), eitrige Sehnenscheidenentzündung, Quetschung innerer Organe, Altersschwäche, Selbstmord. In Narkose wurden 45 Operationen ausgeführt, zahlreiche andere unter örtlicher Anästhesie.

Die Poliklinik im Eingeborenenkrankenhause wurde von etwa 1 134 Kranken in Anspruch genommen. Die Zahl ist wahrscheinlich zu niedrig, da in Ermangelung von Schreibkräften die Listen nicht immer genau geführt sind. Der tägliche Besuch betrug durchschnittlich etwa 60 Kranke. Unter den ärztliche Hilfe in Anspruch Nehmenden waren auch eine nicht geringe Anzahl von Eingeborenen aus den umliegenden Dörfern. In weitaus den meisten Fällen handelte es sich um äußere Krankheiten, Geschwüre aller Art, Verletzungen, Haut- und Augenkrankheiten.

e. Eingeborenenkrankenhaus in Herbertshöhe.

Leiter bis Mitte Oktober der Berichterstatter, sodann Dr. Runge.

10 Kranke waren am 1. April 1911 im Bestand geblieben; 116 kamen in Zugang. 120 Kranke wurden geheilt, 1 anderweitig entlassen, 1 starb (an Hirnhautentzündung), 4 bleiben am 1. April 1912 Bestand.

Die Zahl der Verpflegungstage betrug 1 109.

f. Eingeborenenkrankenhaus in Käwieng.

Leiter: Dr. Hoffmann.

23 Kranke waren Bestand, 694 kamen in Zugang, und zwar 71 Soldaten, 43 Arbeiter, 277 Gefangene, 303 Arbeiter von Firmen und unabhängige Eingeborene. 662 Kranke wurden geheilt, 9 anderweitig entlassen, 12 starben, 34 bleiben am 1. April im Bestand.

Die Todesursache war einmal Malaria, zweimal Lungentuberkulose, zweimal Ruhr, zweimal Genickstarre, einmal Geisteskrankheit, dreimal akute Lungenentzündung, einmal Bruch der Wirbelsäule.

Die Zahl der Behandlungstage betrug 6 961.

g. Eingeborenkrankenhaus in Namatanai.

Leiter: Dr. Kröning (Berichtszeit $4^1/_2$ Monate).

Im ganzen wurden 183 Farbige (Eingeborene und Chinesen) behandelt.

Bei Übernahme des Dienstes befanden sich in Behandlung 19 Kranke, und zwar 13 im Krankenhaus, 6 in der Poliklinik. Dazu kamen in der Berichtszeit 164, und zwar 57 in Krankenhausbehandlung und 107 in poliklinische Behandlung. Die Gesamtsumme der im Krankenhaus Behandelten betrug 70 an 2 403 Behandlungstagen. Das ergibt eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 34,3 Tagen und eine tägliche Belegziffer von etwa 17 Kranken. 58 Kranke kamen in Abgang, so daß am 1. April 1912 ein Bestand von 12 Kranken vorhanden war.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

1 Kranker starb an akuter Lungenentzündung.

Die Gesamtsumme der in der Poliklinik Behandelten betrug 113. Da die Kontrolle dieser Kranken in den ersten Wochen nicht streng durchzuführen war, läßt sich die Anzahl der Behandlungstage nicht genau angeben. Sie betrug im letzten Vierteljahr etwa 7 Tage für jeden Kranken, die tägliche Besuchsziffer 8 Kranke.

13 Operationen wurden vorgenommen. Es waren teils Spaltungen großer Abszesse, teils Operationen des venerischen Granuloms oder der Tuberkulose.

h. Eingeborenenkrankenhaus in Friedrich-Wilhelmshafen.

Leiter: Oberstabsarzt Dr. Liesegang.

Im Bestand blieben am 1. April 1911 56 Kranke; in Zugang kamen 568 Kranke. Von diesen Kranken wurden geheilt 529 = 84,7%; es starben 19 Patienten = 3,04%. Es blieben im Bestand 59 Kranke. Die übrigen 17 Kranken wurden gebessert entlassen bzw. heimgesandt oder nach Beobachtung anwerbeunfähig erklärt.

Von den Hospitalkranken gehörten an:

dem Bezirksamte	164
der Neuguinea-Kompagnie	407
Augustaflußexpedition	4
Missionen	5
Privaten	24
den freien Eingeborenen	20
	624

Die Todesursache war: in 1 Fall Malaria, in 1 Fall akute Miliartuberkulose, in 3 Fällen Tuberkulose der Lungen, in 1 Fall Tuberkulose der Knochen und Gelenke, in 4 Fällen Ruhr, in 1 Fall akuter Gelenkrheumatismus, in 1 Fall Beriberi, in 3 Fällen akute Lungenentzündung, in 1 Fall Erkrankung der Herzklappen, in 1 Fall Nierenentzündung, in 1 Fall Ankylostomiasis, in 1 Fall allgemeine Körperschwäche.

i. Krankenhaus der Neuguinea-Kompagnie in Herbertshöhe.

Leiter: Regierungsrat Dr. Runger.

Bestand am 1. April 1911: 22 Kranke; Zugang: 682 Kranke. Im ganzen behandelt: 704 Kranke.

622 Kranke wurden entlassen, 30 starben, 52 Kranke bleiben am 1. April 1912 im Bestand.

Die Zahl der Verpflegungstage betrug 19 312.

Die Art der Erkrankungen und die Todesursachen sind folgende:

Malaria: 122 Erkrankungen, 3 Todesfälle;
Tuberkulose: 7 Erkrankungen, 3 Todesfälle;
Ruhr: 20 Erkrankungen, 8 Todesfälle;
Beriberi: 3 Erkrankungen, 1 Todesfall;
innere Krankheiten: 138 Erkrankungen, 8 Todesfälle;

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

venerische Krankheiten: 123 Erkrankungen, kein Todesfall;
Haut- und Augenkrankheiten: 42 Erkrankungen, kein Todesfall;
chirurgische Krankheiten: 249 Erkrankungen, 7 Todesfälle.

k. Krankenhaus der Forsayth-Gesellschaft in Bitalobo.

Leiter: Regierungsarzt Dr. Runge.

Bestand am 1. April 1911: 38 Kranke; Zugang: 756 Kranke. In Summa behandelt: 794 Kranke.

Von den 756 Zugängen litten 267 Kranke an inneren Krankheiten, 489 an chirurgischen und venerischen Krankheiten.

702 Kranke wurden entlassen, 35 Kranke starben, 57 Kranke bleiben am 1. April 1912 Bestand.

Die Todesursachen waren:

Tuberkulose: 15 Fälle; Ruhr: 1 Fall; Beriberi: 1 Fall; Vergiftung durch tierische und pflanzliche Gifte: 4 Fälle; Lähmungserscheinungen (Vergiftung?): 1 Fall; Lungenentzündung: 11 Fälle; Herzschwäche: 1 Fall; Darmverschlingung: 1 Fall.

19. Kasuistik.

1. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung

trat, wie schon erwähnt, Mitte September in Rabaul epidemisch auf, vielleicht von Australien eingeschleppt, und verbreitete sich von hier aus durch den Schiffsverkehr über das ganze Schutzgebiet. Übereinstimmend wird von allen Ärzten berichtet, daß bei einer großen Anzahl der Erkrankten sich eine Hodenentzündung hinzugesellte, die bisweilen eitrig verlief und zu Abszessen führte. Auch die Ohrspeicheldrüse vereiterte in einigen Fällen. Im großen und ganzen verliefen die Fälle schnell und günstig. Ein tötlicher Ausgang wurde in keinem Falle beobachtet.

Von den Europäern erkrankten nur drei, sämtlich in Rabaul, ebenfalls leicht und ohne die erwähnten Komplikationen.

Malaria.

Bei einer 58jährigen unterernährten weißen Frau eines Ansiedlers, welche bewußtlos in das Krankenhaus in Rabaul aufgenommen wurde und 2 Tage bewußtlos blieb, traten als Begleiterscheinung nervöse und psychische Störungen auf, aus denen sich allmählich ein Verfolgungswahnsinn entwickelte, der jedoch später, als sie in eine andere Umgebung versetzt wurde, wenig mehr in Erscheinung trat und langsam abblaßte.

In Namatanai verlief nach Dr. Kröning ein Fall von Malaria bei einem Farbigen unter äußerst schweren Gehirnsymptomen mit einer Pulsverlangsamung bis auf 48 Schläge, so daß anfänglich an eine Gehirnerkrankung gedacht werden mußte. Er endete in Genesung.

In Friedrich-Wilhelmshafen wurde ein 3 Monate altes Kind eines Farbigen, dem durch den Mund Chinin nicht beizubringen war, intraglutäal behandelt. Starke Infiltrationen, Haut- und Muskelgangrän traten auf. Das Fieber wich nicht. Das Kind starb. Im Blut waren wiederholt Tropicaringe gefunden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In 2 Fällen wurde in Rabaul bei Europäern, die Chinin schlecht vertrugen, bei Tertianfiebern Salvarsan 0,6 ohne Chinin intramuskulär angewandt; die Malariaerscheinungen gingen prompt zurück, um im ersten Fall nach 3 Monaten, im zweiten schon nach 3 Wochen von neuem aufzutreten.

Die Nochtsche Behandlungsmethode der Malaria hat sich weiterhin bei allen Formen der Malaria bewährt.

Schwarzwasserfieber.

Die Erkrankungen an Schwarzwasserfieber sind im ganzen Schutzgebiet sehr erheblich an Zahl zurückgegangen. In Rabaul kam kein Europäer aus dieser Ursache in ärztliche Behandlung, in Herbertshöhe 2 Fälle, von denen einer, der von einer entfernten Station außerordentlich entkräftet zur Aufnahme kam, starb, während der andere zur Genesung kam. In Käwieng verlief der einzige bei einem Europäer behandelte Fall leicht. Auch machte die spätere Chiningewöhnungskur keine Schwierigkeiten. In Friedrich-Wilhelmshafen kam Schwarzwasserfieber 2mal zur Behandlung.

Eine im 9. Monat schwangere Frau hatte in letzter Zeit viel unter Fieber gelitten (schlechte Prophylaxe, unzweckmäßiges Chininnehmen am Anophelesplatz, neuangelegte Reisfelder). Auch gab sie an, daß der Urin rot gewesen sei. Die Entbindung erfolgte am ersten Behandlungstage glücklich. Das Kind kam nach Berechnung 14 Tage zu früh, wohl infolge des Fiebers. Am 2. Tage hatte die Frau hohes Fieber bei regelrechtem Urinbefund. Chin. mur. 0,1 bei fallender Temperatur löste Schüttelfrost, Temperaturanstieg, Schwarzwasser aus. Der leichte Anfall verlief schnell und günstig. Chin. tann. zur Gewöhnungskur und späteren Prophylaxe tat wie früher gute Dienste.

Der zweite Fall wurde, nachdem er von seiner Mission wegen Schwarzwasser behandelt war und ihm Chinin gegeben war, äußerst schwer krank, man kann sagen sterbend eingeliefert. Ständige Kochsalzeinläufe, Digalen, ständige Wache ermöglichten Erhaltung des Lebens. Der schwere Blutverlust hatte jedoch eine betrübende Folge. Netzhautblutungen und beiderseitige Sehnervenentzündung komplizierten die Rekonvaleszenz schwer; das Sehvermögen war stark beeinträchtigt und die Möglichkeit völliger Erblindung war gegeben. Da dieser Kranke zum zweiten Male schweres Schwarzwasser durchmachte, das letzte Mal nach wiederholt betonter viertägiger Prophylaxe, mußte er, abgesehen von dem Augenleiden, für dauernd tropendienstunfähig erklärt werden. Er ist heimgesandt. In dem letzten Falle war das Schwarzwasser ausgebrochen, nachdem bei geringem Fieber an einem Tage 2 g Chinin genommen waren.

Etwas häufiger kam Schwarzwasserfieber bei den nichteinheimischen Eingeborenen vor, da diese unter nicht so günstigen hygienischen Verhältnissen wie die Europäer leben, auch wohl nur ausnahmsweise regelmäßig Chininprophylaxe treiben, nämlich nur dann, wenn der Europäer, in dessen Dienst sie stehen, sie zur Prophylaxe nötigt.

In Rabaul kam nur 1 Chinese wegen Schwarzwasserfieber zur Aufnahme, der von der Station Eitape in Kaiser-Wilhelmsland zur Behandlung hierher gesandt war. Die Chiningewöhnung gelang leicht. In Käwieng kam ein Amboinese in Behandlung mit dem gleichen günstigen Resultat. in Friedrich-Wilhelmshafen 2 Malaien, 2 Chinesen und 1 Fidjiinsulaner.

Dr. Liesegang berichtet:

»Die übliche Behandlung, deren Grundlage ständige Pflege, Kochsalz und Digalen ist, führte in allen Fällen zur Heilung. Für Chinesen und Malaien wurde,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

da das häufige Vorkommen von Schwarzwasser auffiel, durch Anordnung strenger Durchführung einer vorläufig 7tägigen Prophylaxe erreicht, daß bisher kein weiterer Schwarzwasserfall vorgekommen ist.«

Tuberkulose der Knochen.

Eine malaiische Frau wurde in Friedrich-Wilhelmshafen nach monatelangem Leiden mit einer großen festsitzenden Geschwulst in der Bauchhöhle eingeliefert. Schon am zweiten Behandlungstage markierte sich ein Senkungsabszeß in der Leistenbeuge. Es wurden durch Schnitt ungeheure Eitermengen entleert. Die Bauchgeschwulst war nach der Operation verschwunden. Man fühlte an der Stelle ihres Sitzes jetzt zwei stark verdickte rauhe Lendenwirbelkörper, die Frau starb an Herzschwäche. Obduktion verweigert.

Eine Rippentuberkulose bei einem Polizeisoldaten heilte nach Resektion, Auskratzung mit folgender Jodoform- und Jodtinkturbehandlung schnell aus.

Genickstarre.

In Käwieng kamen 2 Fälle von Genickstarre mit tödlichem Ausgang bei Farbigen vor.

Der eine hatte eine Lungenentzündung durchgemacht und anscheinend gut überstanden, so daß er als geheilt aus dem Hospital entlassen werden konnte. 3 Wochen später kam er mit den typischen Erscheinungen der Genickstarre wieder ins Hospital, wo er nach einem Tage starb; die Erkrankung hatte angeblich im ganzen etwa 8 Tage bestanden. Es ist wohl anzunehmen, daß die Erreger, die die Lungenentzündung verursacht hatten, auch die spätere Genickstarre herbeiführten. Ich möchte noch erwähnen, daß dieser Fall mit dem zweiten weder in zeitlichem noch örtlichem Zusammenhang stand.

Gelenkrheumatismus

ist eine hier nicht sehr häufige Erkrankung. In Rabaul kamen 6 Fälle bei Farbigen, 3 bei nichteinheimischen Eingeborenen vor.

In einem Fall trat bei einem Farbigen im Anschluß an den Gelenkrheumatismus ein Herzklappenfehler auf. Der einzige in Friedrich-Wilhelmshafen behandelte Fall komplizierte sich schwer mit Herzbeutel- und Nierenentzündung, er endete tödlich.

Gicht.

Ein 47jähriger, vorzeitig gealterter weißer Händler litt seit Jahren an schweren Gichtanfällen. Wegen fortschreitender Nekrose mußte ein Oberschenkel amputiert werden. Der Tod trat später durch Herzschwäche ein.

Eine Vergiftung durch verdorbenes Büchsenfleisch

betraf in Rabaul einen Heilgehilfen.

Der Fall war dadurch interessant, daß infolge heftigen Erbrechens ein Blutgefäß des Darmes barst und reichlich 1 l Blut per anum entleert wurde. Der Patient kollabierte, konnte jedoch gerettet werden.

Beriberi

wurde nur bei Farbigen beobachtet. In Rabaul kamen 34 Zugänge, darunter 2 Chinesen, zur Aufnahme, von denen 1 Farbiger und 1 Chinese starben. Die meisten Kranken gehörten zur Besatzung der hiesigen Dampfer des Norddeutschen Lloyds. 29 Kranke wurden geheilt entlassen.

In Käwieng wurden 12 Fälle mit Ausgang in Genesung behandelt; in Herbertshöhe und Namatanai kam Beriberi nicht zur Beobachtung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von Friedrich-Wilhelmshafen berichtet Dr. Liesegang:

»Von 26 Kranken waren 3 Chinesen. In allen Fällen handelte es sich um sensibelmotorische Form. Behandlung mit curred rice und Katjangidjoebohne hatte in allen Fällen einen durchschlagenden Erfolg. Leichte Fälle heilten in 3—4 Wochen vollständig. Schwere Fälle, d. h. Leute, welche sich den ärztlichen Untersuchungen auf Beriberi zu entziehen gewußt hatten und dann mit schweren Lähmungen in Zugang kamen, heilten auch recht gut. Die Krankheit stand still und der Allgemeinzustand besserte sich zusehends. Die groben Lähmungen, Veränderungen an den Nerven gingen natürlich nur allmählich zur Besserung über. Neben der erwähnten Ernährung wurde kräftige Kost in beliebiger Form gegeben. Zuweilen kamen Herzmittel zur Anwendung.

Es ist 1 Fall gestorben. Dieser wurde von mir nicht beobachtet, jedoch glaubte ich ihn nach der Beschreibung des Heilgehilfen zu Beriberi rechnen zu müssen. Es war ein auf einer Insel tätiger Mann, der nicht unter ärztlicher Beobachtung stand.

Das Resultat der ständigen Beobachtungen der Leute ist jedenfalls das gewesen, daß die schweren perniziösen Fälle, wie sie im Vorjahre 5mal innerhalb kurzer Zeit tödlich verliefen, fast ganz ausgeschaltet wurden; das Resultat der Behandlung kann als durchaus gut bezeichnet werden.

Die Fälle wurden nicht isoliert. Übertragungen im Krankenhaus haben nicht stattgefunden.«

Framboesie.

In Käwieng wurde in den 4 Fällen von Framboesie mit vorzüglichem Erfolge Salvarsan angewandt, und zwar subkutan, da für intravenöse Einverleibung die Herstellung des nötigen Wassers nicht einwandfrei genug erschien. Die subkutane Injektion führt allerdings in zahlreichen Fällen, oft erst nach Wochen, zu Nekrosen und Abszessen, die eine sehr langwierige Nachbehandlung erfordern.

Bösartige Geschwülste.

In Käwieng wurde bei einem Eingeborenen 1 Fall von multiplen, am ganzen Körper verbreiteten Fibromen beobachtet, ferner 1 Fall von zystischen Geschwülsten an den Extremitäten, der operiert wurde, und außer venerischen Granulomen mehrere Drüsengeschwülste.

In Rabaul starb ein japanischer Handwerker an inoperabelem Mastdarmsarkom; die Sektion wurde verweigert. In Friedrich-Wilhelmshafen kam folgender Fall zur Beobachtung:

»Ein Europäer, der vor etwa 2 Jahren in Hongkong am Mastdarm operiert war (wurde dort für Krebs gehalten), hatte sich in Deutschland verschiedentlich untersuchen lassen und war, da das Leiden als Syphilis ausgelegt wurde, in die Tropen zurückgekehrt. Blutungen hatten nach Angabe ständig, auch während der Ausreise stattgefunden. Eine enge membranöse Mastdarmstriktur, für die Zeigefingerkuppe durchgängig, zerfiel geschwürig, so daß bei erblicher Belastung, einsetzender Kachexie der Prozeß für Krebs gehalten wurde. Wiederholt auftretende Schmerzen in der Magen-Lebergegend ließen an eine Metastase denken. Heimsendung.

Denguefieber

wurde in Friedrich-Wilhelmshafen bei 2 Europäern festgestellt. Dr. Liesegang berichtet hierüber folgendes:

»Einmal begann die Erkrankung, nachdem einige Tage Schwindel, Müdigkeit, Appetitlosigkeit bestanden hatte, mit Fieber, Schwere der Augenlider, Kopf- und Knieschmerzen, Hautjucken. Diese Klagen bestanden auch bei der Aufnahme. Festgestellt wurde ein über den ganzen Körper verbreiteter Hautausschlag, un-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bedingt scharlachähnlich. Er war von äußerst starkem brennenden Jucken begleitet. Bewegungen der Augenlider, der Augäpfel waren lästig und schmerzhaft, die Augenbindehäute injiziert. Appetit fehlte. An den inneren Organen kein krankhafter Befund.

Fieber bis 39,0. Der Ausschlag blaßte am dritten Tage ab, war nach 5 Tagen geschwunden. Kleienförmige Abschuppung setzte ein. Mit dem Schwinden des Ausschlags schwanden die Beschwerden, so daß Patient am sechsten Behandlungstage beschwerdefrei war. Nur die Appetitlosigkeit hielt, wie fast immer bei Dengue, längere Zeit an.

Der zweite Fall erkrankte plötzlich nachts unter Fieber, Kopfschmerzen, starkem Hautjucken; roter Hautausschlag wurde beobachtet. Bei der Aufnahme die gleichen Klagen. Am ganzen Körper außer Gesicht zahlreiche, vielfach ineinander übergehende unregelmäßige, teils quaddelartige rote Flecken, die auf Fingerdruck abblassen. Starkes Jucken. Appetitlosigkeit. Zunge hinten stark belegt. Die inneren Organe gesund, Temperatur bis 39,2. Am zweiten Behandlungstage trat Bewegungsschmerz und Schwere der Augenlider und der Augäpfel, Injektion der Bindehäute auf. Schon am dritten Tage war der Ausschlag geschwunden, jedoch traten neue Flecken an den Händen auf, mit deren Erscheinen allgemeine Muskelschmerzen, Schmerzen in den Fuß- und Kniegelenken einsetzten. Zwei Tage später waren bis auf Appetitmangel und Gliederschwere alle Beschwerden und der Ausschlag geschwunden. Kleienförmige Abschuppung war nach 7 Tagen erledigt. Patient erholte sich allmählich.

Die Behandlung bestand in kalten Waschungen, Einreiben mit Zitronensaft gegen das Jucken; es wurde als lindernd angegeben. Aspirin 3 g täglich wurden verabfolgt.

Als dritten Fall, der nicht in Behandlung kam, möchte ich eine Erkrankung auffassen, die mir eine Dame beschrieb. Charakteristisch für Denguefieber war in allen Fällen der starke Kopfschmerz, Bewegungsschmerz der Augenlider und Augäpfel, der stark juckende Ausschlag, bald scharlach-, bald masern-, bald nesselähnlich. Gelenkmuskelschmerzen, Abschuppung, der schnelle Verlauf und die zurückbleibende Schwäche und Appetitmangel.

II. Krankheiten des Nervensystems.

Geisteskrankheiten.

Bei Europäern kamen 5 Fälle zur Beobachtung, 2 in Rabaul, 2 in Herbertshöhe, einer in Friedrich-Wilhelmshafen. Über letzteren berichtet Dr. Liesegang:

»Ein Europäer kam nach wochenlangem Fieber mit einer schweren Infektionspsychose in Zugang. Es bestand ausgesprochene traumhafte Benommenheit mit reichlichen Halluzinationen und Illusionen, die sich teils an die eigenen körperlichen Empfindungen, teils an Erinnerungen und Eindrücke der Umgebung anknüpften. Die Stimmung war ängstlich und zornmütig. Äußerst lebhafter Bewegungsdrang, Nahrungsverweigerung machten die Pflege und Bewachung bei den primitiven Hausverhältnissen zu einer äußerst schweren. Nachdem das Fieber als malarisch erkannt, Chininbehandlung eingeleitet war, schwand es; die geistige Verwirrtheit besserte sich. Patient wurde nach Deutschland gesandt.«

Ein frisch aus Deutschland herausgekommener junger Mann, Angestellter einer Firma, fiel bald nach seiner Ankunft in Rabaul durch sein sonderbares Wesen auf. Er wurde zur Beobachtung seines Geisteszustandes dem Krankenhause in Herbertshöhe überwiesen. Der Berichterstatter stellte bei ihm ein manisch-depressives Irresein fest, das seine Heimsendung mit nächstem Dampfer notwendig machte. Über die anderen Fälle fehlen Angaben.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von Farbigen kam in Rabaul 1 Chinese mit Paranoia und Verfolgungsideen zur Aufnahme, in Käwieng 1 Fidjimann, Missionslehrer, der von der betreffenden Missionsgesellschaft bald heimgesandt wurde — eine nähere Diagnose der Geistesstörung ist nicht angegeben —, ferner 1 Eingeborener, der als Gefangener wegen eines Totschlags eingeliefert wurde.

Es war ein sehr kräftiger Mann, der bereits auf seinem Platze als nicht normal gegolten hatte und dort schon häufiger Tobsuchtsanfälle gehabt haben soll. Hier machte er in solch einem Anfalle durch Ertränken in der nahen See seinem Leben ein Ende.

In Friedrich-Wilhelmshafen beobachtete Dr. Liesegang folgenden Fall einer Geistesstörung bei einem Farbigen:

»Ein Eingeborener, welcher wegen einer alten fistelnden Speerschußwunde operiert war, erkrankte mit verwirrter Erregung und ängstlicher Verstimmung. Scheinbar bestanden zahlreiche Wahnvorstellungen. Der Kranke stand auf, schrie laut, nahm Speerwerferstellung ein. Es war, da niemand im Hause sich mit ihm verständigen konnte, nichts von seinen zornmütigen Äußerungen verständlich. Es kam zu gewalttätigen Handlungen gegen die eigene Person und Umgebung; er stürzte sich ins Wasser, zertrümmerte Hauswände. An Stelle der Angst und Verzweiflung trat bald gehobene Stimmung. Ob Größenideen vorlagen, war nicht genau festzustellen; jedoch schien es so. Er begrüßte den Arzt herablassend lächelnd und gütig zuwinkend, nahm dann aber in seiner Würde auch einen kleinen Schlag auf die Kopfwolle ruhig hin. Während er in diesem Erregungszustand nur an Fußkette zu halten ist, folgen Wochen, in denen er sich etwa normal benimmt; nur kindisches Wesen und Stumpfheit fallen auf. Es setzen dann bald Erregungszustände mit voller Gewalt wieder ein.

Ich möchte den Fall zur Dementia paranoides rechnen.

III. Krankheiten der Atmungsorgane.

Dr. Hoffmann in Käwieng führt folgenden Fall an, der ihn selbst betrifft; einen »Kapokschnupfen«, unter dem er seit Jahren bei Außerachtlassung der nötigen Vorsichtsmaßregeln leidet:

»Wenn ich auf Kissen schlafe, die mit Kapok (dem baumwollähnlichen Inhalt der Schote des Kapokbaumes) gefüllt sind, stellt sich prompt ein sehr unangenehmer Schnupfen ein. Ich glaube, daß viele Fälle der Rhinitis spastica vasomotoria, wie sie von van Brero im 1. Band von Menses Handbuch der Tropenkrankheiten mit gleichen Symptomen beschrieben wird, in dieselbe Rubrik gehören, zumal da Kapok als Füllungsmaterial der Kopfkissen sehr viel benutzt wird.«

Nasenpolypen

wurden von Dr. Liesegang bei einer Weißen, die ständig an heftigen Stirnkopfschmerzen litt, in zwei Sitzungen mit Schlinge entfernt.

Asthma

wurde bei einem Eingeborenen in Friedrich-Wilhelmshafen ebenfalls von Dr. Liesegang beobachtet.

»Äußerst starke Anfälle bei Tag und bei Nacht wechselten mit anfallfreien Zeiten. Ob die zugleich bestehende Lungenerweiterung das primäre Leiden darstellt oder ob sie eine Folge des Asthmas ist, kann ich nicht entscheiden.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.

Die erwähnten Fälle bieten kein besonderes Interesse.

V. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Mundfäule

ist besonders bei neuangeworbenen Leuten ein nicht seltenes Leiden. Dr. Hoffmann hält die den Leuten ungewohnte Reisnahrung für die Ursache. Der Berichterstatter ist der Ansicht, daß mehr der Mangel an Zutaten zur Kost, z. B. an frischen Früchten und Gemüsen, Betelnüssen, Galips (einer Mandelart) u. dgl., die die Leute sich in ihrer Heimat beschaffen, und an die sie gewöhnt sind, die Ursache dieser Erkrankung ist.

VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Überaus häufig sind bei den Eingeborenen Neu-Mecklenburgs, bei denen eine Beschneidung nicht üblich ist, Phimosen, als deren Folgeerscheinung man neben Eicheltripper häufig kleine Fissuren findet, die oft den Ausgangspunkt für eine venerische Infektion bilden.

Paraphimosen kommen manchmal erst nach tage- oder wochenlangem Bestehen zur Behandlung mit Ulcerationen am Schnürring; die Zurückbringung gelingt auch dann noch meist mit in 1% Cocainlösung getränktem Verbandstoff, wenn nötig in Narkose (Dr. Hoffmann).

Dr. Liesegang berichtet über Nierenentzündung aus Friedrich-Wilhelmshafen:

»Ein Europäer, der an bösartiger Mastdarmgeschwulst litt, erkrankte an Nierenentzündung. Die Nierenentzündung heilte scheinbar; jedenfalls wurden bei täglich zweimaliger Urinuntersuchung während 8 Wochen keine krankhaften Bestandteile gefunden.

Bei Eingeborenen wurde sie 3mal beobachtet; es handelte sich um Leute, die im Busch bei harter Arbeit oft durchnäßt waren; ich bin geneigt, Erkältungen als Entstehungsursache anzunehmen. Die Behandlung der eingeborenen Kranken ist schwer, da ein großer Widerwille gegen Milch und Suppen besteht; man ist schließlich gezwungen, zu gröberer Ernährung zu greifen. Ein Fall heilte, einer starb, der dritte wurde chronisch.«

VII. Venerische Krankheiten.

Dr. Hoffmann berichtet aus Käwieng: »Tripper ist bei den Eingeborenen eine häufige Erkrankung. Jedoch sieht man nicht häufig doppelseitige Hoden- oder Nebenhodenentzündungen, die Komplikation des Trippers, die zur Unfruchtbarkeit des Mannes führt.

Ebenso kommt bei tripperkranken Weibern selten ebenfalls zur Unfruchtbarkeit führende doppelseitige Entzündung der Eileiter und Eierstöcke zu Beobachtung. Ein derartiger Fall bei einem eingeborenen Weibe wurde im Hospital behandelt. Sonderbar und bemerkenswert ist es, daß trotz der Häufigkeit des Trippers und der Unsauberkeit und

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Unachtsamkeit der Schwarzen Blennorrhoe (Tripper der Augenbindehaut) verhältnismäßig selten beobachtet wird.«

Feigwarzen (spitze Kondylome) kommen vor, ohne daß eine Tripperinfektion vorliegt.

Bei den Fällen von Syphilis waren mehrere, bei denen die Krankheit in Form der Fromboesie syphilitica, und zwar besonders am Hodensack, auftrat. Nerven- und Geisteskrankheiten, die auf Syphilis zurückzuführen wären, kamen nicht zur Beobachtung.

Von den Fällen von venerischem Granulom wurden mehrere, obwohl das Leiden schon weit vorgeschritten war, mit Erfolg operiert, und zwar wurde alles Krankhafte bis ins Gesunde hinein weggeschnitten. Es trat gute Vernarbung und anscheinende Heilung ein, darunter auch bei einem Manne, der sich seit etwa ein und einem halben Jahre im Hospital befand. Ob der Erfolg in allen diesen Fällen ein dauernder sein wird, oder ob sich nicht doch noch früher oder später Rezidive einstellen werden, läßt sich noch nicht sagen.

Bei einem freien Eingeborenen mit weit vorgeschrittenem venerischem Granulom zeigte sich eine Metastase unterhalb des linken Kieferwinkels. Nachdem bei ihm Salvarsan vergeblich versucht war, wurde er ebenfalls operativ behandelt, anscheinend mit Erfolg. Der Mann befindet sich noch im Hospital. Die Operationswunden verheilen bisher gut. Ein anderer alter, freier Eingeborener mit sehr weit vorgeschrittener Krankheit wurde früher operiert. Zuerst trat anscheinende Heilung ein unter guter Narbenbildung. Dann wurde der Mann mehr und mehr kachektisch, die Narben brachen wieder auf. Auf seinen Wunsch und den seiner Landsleute wurde er dann in sein Heimatdorf geschickt, wo er nach wenigen Tagen starb. In diesem Fall lag allerdings der Verdacht vor, daß es sich um ein Peniskarzinom handelte.

Bei der Erfolglosigkeit jeder anderen Medikation bei venerischem Granulom scheint mir das operative Vorgehen am zweckmäßigsten.«

Nach Dr. Kröning überwiegt in Namatanai das venerische Granulom an Häufigkeit die anderen Geschlechtskrankheiten. Auch er hat die Erfahrung gemacht, daß nur die chirurgische Behandlung bei diesem Leiden erfolgreich ist.

Dr. Runge erwähnt einen Fall von Gehirnlues bei einem Europäer aus Herbertshöhe, bei dem sich ausgeprägte spinale und zerebrale Symptome zeigten, daß zuerst an eine Rückenmarksschwindsucht, verbunden mit progressiver Paralyse, gedacht wurde. Unter der Behandlung mit grauer Salbe, Mergal und nach Salvarsaninjektion schwanden die Symptome, so daß Patient als geheilt bald entlassen werden konnte.

Dr. Liesegang führt aus Friedrich-Wilhelmshafen folgende Fälle venerischer Erkrankungen an: »Tripper wurde bei Europäern 9mal, und zwar 8mal in chronischer, 1mal in akuter Form behandelt. Es handelt sich vielfach um alte Leiden, die schon aus Deutschland mitgebracht werden; zum Teil sind sie auch im Lande erworben, im Busch laienmäßig behandelt, scheinbar geheilt, um dann mit recht lästigen Komplikationen sich wieder bemerkbar zu machen.

In einem Falle fand die Hospitalaufnahme wegen Urinverhaltung statt. Unter heftigsten Blasenschmerzen ging der Kranke schwerkrank zu. Wegen ausgedehnter zylindrischer Harnröhrenverengerung gelang Katheterismus erst in tiefster Narkose unter großen Schwierigkeiten und starken Blutungen. Dicker eitriger Urin wurde entleert. Dauerkatheter. Tägliche Spülungen mit Kal. perm. 1/2000.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Prostata links stark geschwollen, druckempfindlich. Remittierendes Fieber. Am dritten Tage spontane Urinentleerung. Am zehnten Tage abends Schüttelfrost, nachts plötzlich starker Schmerz in der hinteren Harnröhre, äußerst reichliche Eiterentleerung aus durchgebrochenem Prostataabszeß. Im Eiter einzelne Gonokokken. Am zwölften Tage fieberfrei. Es handelte sich also um gonorrhoische Harnröhrenverengerung, Blasenkatarrh, Prostataabszeß. Unter lange fortgesetztem Bougieren, Janetschen Spülungen ist der Fall geheilt, jedenfalls seit Monaten ohne jeden krankhaften Befund und ohne Beschwerden. Der Tripper wurde vor Jahren in Tsingtau erworben, scheinbar geheilt und machte jahrelang keine Beschwerden.

Bei der allgemeinen Behandlung des Trippers wurden Janetsche Spülungen mit kal. perm. 1/4000 bis 1/1000 angewandt. Im übrigen wurde bougiert, um vermutete Verengerungen zu dehnen bzw. Auftreten derselben zu verhindern. Der Erfolg war in allen Fällen ein voller. Bei chronischen Zuständen (Prostatitis) wurde das Gonokokkenvakzin Arthigon versucht; jedoch konnten die glänzenden Erfolge, wie sie in der Literatur erwähnt werden, nicht erzielt werden. Neuere Arbeiten weisen allerdings auf größere Injektionsdosen hin.«

VIII. Augenkrankheiten.

Über eine unter den unabhängigen Eingeborenen in Bogadjim bei Stephansort beobachtete infektiöse Augenkrankheit berichtet Dr. Liesegang:

»In Stephansort wurde ein zahlreich auftretender follikulärer Augenbindehautkatarrh unter den freien Eingeborenen beobachtet. Die Krankheit soll durch ein aus den Bergen zugezogenes Weib eingeschleppt sein. Es besteht große Ähnlichkeit mit Trachom; jedoch habe ich mich bei einmaligem Besuch zu dieser Diagnose nicht entschließen können, da die bekannten Folgezustände fehlten. Der Heilgehilfe in Stephansort hat die von mir vorgeschriebene Behandlung übernommen und berichtet, daß zahlreiche Heilungen erfolgt, keine Neuerkrankungen zugekommen sind.

Leider bin ich bei Heilgehilfenwechsel, Erkrankung des neuen, an den Platz gebunden und konnte den Kranken nicht die erwünschte Beobachtung zwecks Behandlung und Sicherung der Diagnose zuteil werden lassen.«

IX. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

Aus Käwieng erwähnt Dr. Hoffmann folgenden Fall:

»Bei einem Europäerkinde von 6 Monaten trat kurz vor dem Zahndurchbruch Strophulus auf, verbunden mit leichten Temperatursteigerungen, allgemeiner Unruhe und Dyspepsie. Nach dem Zahndurchbruch trat Besserung ein.«

Was Dr. Liesegang aus Friedrich-Wilhelmshafen im folgenden schreibt, paßt auch für die anderen Stationen des Schutzgebiets:

»Südseekrätze (Cascas)

ist weit verbreitet unter den angeworbenen Arbeitern, während sie bei freien Eingeborenen seltener beobachtet wird. Perubalsam, Styrax

Spiritus 200/300/600 gemischt, ist bisher das Hauptmittel gewesen. Die Krätze heilt nach wiederholten Einreibungen ab, um jedoch oft rückfällig zu werden. Möglich ist es, daß diese Rückfälle auch eine neue Ansteckung vorstellen; der geheilte Mann hat stets Gelegenheit, mit Kranken in Berührung zu kommen und sich neuanzustecken. Bei der größten Sorgfalt ist es nicht denkbar, der Sache Herr zu werden; es müßten denn Untersuchungen, Isolierungen, Desinfektionen (Geräte usw.) vorgenommen werden, die stark störend für die Betriebe sein würden.

Zwei neue Mittel, Peruglycol und Ristin, werden zurzeit erprobt; über ihren Wert kann ich noch kein endgültiges Urteil fällen, zumal viele Fälle vorzeitig der Beobachtung entschwinden. Einen heilenden Einfluß haben beide Mittel. Den Vorzug möchte ich vorläufig dem Ristin geben. Nach 2—3 Einreibungen ist der Prozeß meist abgelaufen; nur die geschwürigen Stellen bedürfen noch der Behandlung mit Zinkpasta oder sonstigen Mitteln. Auch sie vernarben in kurzer Zeit. Wenn die Erfolge sich weiter so günstig bestätigen sollten, wird das Mittel an den ersten Platz gestellt werden können. Es hat den weiteren Vorzug der Geruch- und Farblosigkeit.

Akute Hautkrankheiten.

Ekzeme (Schmutzkrätze) sind häufig und werden mit den üblichen Mitteln behandelt.

Chronische Hautkrankheiten.

Ringwurm, Tinea imbricata sind so weit verbreitet, daß eine allgemeine Behandlung nicht denkbar ist. Mit Chrysarobin, Jodtinktur, Schwefel sind selbst alte Fälle wohl zu heilen.

Unterschenkelgeschwür

steht mit der Zahl der behandelten Fälle an der Spitze. Unter den angeworbenen Arbeitern kommen besonders schwere Fälle selten vor, da Behandlung zur rechten Zeit eintritt. Bei Neuanwerbungen jedoch werden schwerste Fälle beobachtet. Die Behandlung ist die gleiche geblieben. Scharfer Löffel, Schere, Bäder bringen in wenigen Tagen völlige Reinigung des Grundes. Jodoform, Jodtinktur, Kampferwein tun weiter gute Dienste. Frambösische Fälle werden geschmiert, erhalten Jodkali. Es heilen unter dieser Behandlung die meisten Fälle in 8 Tagen bis 8 Wochen. Bisweilen wird Transplantation nötig.«

X. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Dr. Liesegang führt folgende Fälle an:

»Knochenmarkvereiterung

an der Elle wurde einmal durch Aufmeißelung und entsprechende Nachbehandlung geheilt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Akute Gelenkentzündung

des Kniegelenks wurde in 3 Fällen durch Auswaschung mit 3% Karbollösung, Stauung, Ruhigstellung geheilt.

Gelenkmaus

im Kniegelenk wurde bei einem Chinesen operativ entfernt.

Muskelatrophie

am Bein wurde 2mal bei neuangeworbenen Arbeitern festgestellt; in dem einen Fall war die Störung nach Knochenbruch, in dem anderen, soweit zu erkunden war, nach Verstauchung aufgetreten.«

XI. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.

Dr. Hoffmann berichtet aus Käwieng folgende Fälle:

»Ein Schwarzer hatte durch einen Fall vom Wagen eine Fraktur des linken Oberarmes und linken Oberschenkels davongetragen mit starker Dislokation und Splitterung. Unter Extensionsbehandlung nach Bardenheuer heilten die Frakturen so, daß der Mann nach 9 Wochen mit guter Funktionsfähigkeit und ohne Verkürzung der frakturierten Glieder entlassen werden konnte.

Eine komplizierte Radiusfraktur heilte schlecht, da der betreffende Schwarze sich jeden Verband wieder abriß.

Ein Schwarzer hatte sich, um Selbstmord zu verüben, von einem hohen Kokosnußbaum herabfallen lassen. Mit einer komplizierten Lendenwirbelfraktur wurde er eingeliefert. Es bestand völlige Lähmung der unteren Körperhälfte, Urinverhaltung usw. Er wurde ebenfalls mit Extension behandelt. Die Fraktur heilte, die Lähmungen gingen zurück, jedoch erfolgte nach einigen Wochen, wie so häufig in derartigen Fällen, der Tod an eitriger Nieren- und Nierenbeckenentzündung.

Unter den Bißwunden ist eine solche durch Fischbiß hervorzuheben. Sie kommen nicht gerade selten vor und zeigen meist leichte Entzündungserscheinungen als Zeichen einer Vergiftung durch den Fisch.

Unter den Verbrennungen befindet sich ein Schwarzer, der an Unterschenkelgeschwüren litt, und den sein Brotherr glaubte mit heißem Wasser behandeln zu müssen. Die Folge war eine Verbrennung zum Teil zweiten, zum Teil dritten Grades des ganzen Unterschenkels.

Ein Buka machte einen Selbstmordversuch, indem er eine Dynamitpatrone in die Hand nahm und explodieren ließ. Er hatte diesen Versuch mit dem Verlust der Hand zu büßen, die exartikuliert werden mußte.«

Aus Friedrich-Wilhelmshafen führt Dr. Liesegang folgende Fälle an:

»Bruch eines Mittelhandknochens wurde 2mal geheilt.

Schenkelhalsbruch.

Der Häuptling von Bogadjim wurde, nachdem er 6 Monate nach dem Unfall hilflos in seiner Hütte gelegen hatte, mit einer schweren rechtsseitigen Knie- und Hüftgelenksverletzung eingeliefert. Am Knie bestand schwere, eitrige Gelenkentzündung; in Narkose wurde Schenkelhalsbruch festgestellt. Während der Prozeß am Knie sich durch Operation günstig beeinflussen ließ, war es wegen angeblich starker Schmerzen nicht möglich, den Streckverband zur Behandlung des Schenkelhalsbruchs liegen zu lassen. Der Kranke hat sich erholt, hat jedoch noch keine Gehversuche mit dem in schlechter Stellung befindlichen Bein gemacht. Blutiger Eingriff verweigert.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zwei alte Fisteln nach Pfeil- und Speerschuß wurden bei Eingeborenen behandelt. Spaltung, gründliche Auskratzung schwammiger Granulationen, Entfernung von Fremdkörpern (Bindfaden) führten in dem einen Falle zu schneller Heilung. Bei dem Speerschuß führte die Fistel auf breite Exostosen am Oberschenkelknochen. Sie wurden durch Schnitt freigelegt abgemeißelt. Heilung.«

XII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.

Dr. Hoffmann schreibt von Käwieng:

»Ankylostomiasis (Necator americanus) ist bei den Eingeborenen häufig, bildete aber in keinem Falle die Krankheitsursache bei der Aufnahme. Nach Filarien wurde bisher nicht besonders gefahndet. Jedoch habe ich früher in Friedrich-Wilhelmshafen in mehreren Fällen bei Leuten aus Neu-Mecklenburg Filarien nachweisen können, wie vordem schon Prof. Fülleborn. Krankheitserscheinungen, die auf diese Infektion mit Sicherheit zurückzuführen gewesen wären, habe ich nicht feststellen können.«

Schwere Fälle von Ankylostomiasis dagegen beobachtete Dr. Liesegang in Friedrich-Wilhelmshafen:

»9 Fälle von Ankylostomiasis kamen mit den charakteristischen Erscheinungen in Zugang. Ausgesprochene Blässe, 25% Hämoglobin, 1,5—2,5 Millionen rote Blutkörperchen, Gesichtsödeme, Herzmuskelschwäche, Herzverbreiterung, Meteorismus des Magens und des Darms, Appetitmangel, große Hinfälligkeit sicherten neben den Wurmeiern im Stuhl die Diagnose. Bei einem Kranken, der fast sterbend von außerhalb eingeliefert wurde, konnte eine Kur nicht mehr eingeleitet werden, er starb an Herzschwäche. Bei den anderen hatte Thymol einen vollen Erfolg. Die Leute sind alle trotz der groben Herzstörungen wieder arbeitsfähig geworden und bewähren sich als Arbeiter. Es ist geboten, bei allen blutarm erscheinenden Arbeitern auf Wurmeier zu fahnden. Bei freien Eingeborenen wurde bisher Ankylostomiasis nicht festgestellt.

XIII. Frauenkrankheiten und Geburten.

Bei einer Europäerin in Käwieng (ältere Primipara) war der Geburtsverlauf sehr langwierig und schwer, so daß es zu vorzeitigem Atmen des Kindes in utero kam. Das Kind wurde stark asphyktisch geboren und konnte nicht am Leben erhalten werden. Das Wochenbett verlief normal. Eine eingeborene Frau kam mit Kindbettfieber nach einer Zwillingsgeburt zur Aufnahme.

Anormale Geburten, Dammrisse, Vorfälle usw. kommen auch bei Eingeborenen vor. Nicht selten ist bei säugenden schwarzen Müttern Mastitis.

Schwangerschaftserbrechen hatte bei einer Chinesin in Friedrich-Wilhelmshafen zu bedrohlicher Entkräftung geführt. Durch Ruhe und Einleitung einer vorsichtigen Diät wurde der Zustand beseitigt. Die Frucht wird ausgetragen.

Allgemeine Körperschwäche

wurde in Friedrich-Wilhelmshafen bei 7 Neuangeworbenen beobachtet. Es handelt sich hier um Leute, welche von den Angehörigen bei Anwerbungen als überflüssige Esser abgeschoben werden. Bis auf einen, der starb, wurden sie alle heimgesandt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen in Deutsch-Neu-Guinea.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Pocken	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	3	623	11	3	622	11	.	.	.
Rose	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Pyämie (Septicämie)	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Flecktyphus	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Malaria	130	307	44	124	295	42	.	3	.
Schwarzwasserfieber	5	1	6	4	1	5	1	.	.
Grippe	2	4	.	2	4	.	.	.	.
Akute Miliartuberkulose	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	5	23	3	4	7	.	.	10	2
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	5	.	.	2	.	.	1	.
Tuberkulose anderer Organe	.	5	.	.	3	.	.	1	.
Ruhr	7	128	.	7	96	.	.	26	.
Epidemische Genickstarre	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Gelenkrheumatismus, akuter	1	7	3	1	6	3	.	.	.
» chronischer	1	.	3	.	.	3	.	.	.
Gicht	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Blutarmut	8	4	1	8	3	1	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Chronische Opiumvergiftung	.	.	2	.	.	.	.	.	2
Vergiftung durch tierische Gifte	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Sonnenstich	.	.	1	.	.	.	.	.	1
Lepra	.	4	.	.	.	.	.	.	.
Beriberi	.	74	5	.	56	4	.	2	1
Frambösie	2	84	.	2	79	.	.	.	.
Bösartige Geschwülste	1	.	1	.	.	.	.	.	1
Malaria-Pneumonie	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Denguefieber	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	174	1 274	81	163	1 174	70	2	48	7

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	5	3	1	4	1	1	.	1	.
Fallsucht	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Erkrankung im Gebiete einzelner Nervenbahnen	3	8	1	3	8	1	.	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Krankheiten des Gehirns	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Nervenschwäche	13	1	.	10	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe II	26	17	3	22	13	3	.	3	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	4	6	.	4	6	.	.	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	1	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	9	85	4	9	84	4	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	4	1	.	4	1	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	69	.	.	57	.	.	11	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	1	1	.	1	.	.	.	1
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	9	.	1	8	.	.	.	.
Asthma	1	5	.	1	4	.	.	.	.
Luetisches Kehlkopfgeschwür	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	21	180	6	21	164	5	.	11	1
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Erkrankung der Herzklappen	1	2	2	1	.	.	.	1	.
Herzmuskelschwäche	4	2	.	3	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
rzhypertrophie	1	.	.	.	.	.	.	.	.
rvöse Störung der Herztätigkeit	11	3	.	8	1	.	.	.	.
dere Herzkrankheiten	1	.	.	1	.	.	.	.	.
nkheiten der Blutgefäßwandungen	2	.	.	2	.	.	.	.	.
mpfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	4	1	.	4	1	.	.	.	.
morrhoiden	10	2	.	10	2	.	.	.	.
henentzündung	1	.	1	.	.	1	.	.	.
tzündung der Lymphgefäße	4	3	.	4	3	.	.	.	.
nkheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	4	37	1	4	36	1	.	.	.
kämie	1	1	.	1	.	.	.	.	.
dere Krankheiten der Gruppe IV	1	.	.	1	.	.	.	.	.
onische Milzschwellung	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	45	56	4	39	47	2	.	2	.
Krankheiten der Ernährungsorgane.									
nkheiten der Kiefer und Zähne	16	11	3	16	10	3	.	.	.
genentzündung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
ndelentzündung	2	4	1	2	4	1	.	.	.
henentzündung	2	1	.	2	1	.	.	.	.
dere Mund- und Rachenkrankheiten	3	30	1	3	30	1	.	.	.
nkheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
iter Magenkatarrh	9	23	1	9	23	1	.	.	.
onischer Magenkatarrh	2	.	.	2	.	.	.	.	.
engeschwür	1	1	1	1	1	.	.	.	1
iter Darmkatarrh	6	37	.	6	36	.	.	.	.
onischer Darmkatarrh	2	.	.	2	.	.	.	.	.
erleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen	.	2	.	2	.	.	.	.	.
m-, Blinddarmentzündung	1	2	.	1	2	.	.	.	.
arrhalische Gelbsucht	.	3	.	.	3	.	.	.	.
nkheiten der Leber und deren usführungsgänge	3	1	.	3	.	.	.	.	.
nkheiten des Mastdarms (mit usnahme von Hämorrhoiden)	3	.	.	2	.	.	.	.	.
lere Krankheiten der Ernährungsorgane	9	1	.	9	1	.	.	.	.
stopfung	1	4	1	1	4	1	.	.	.
ites	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	62	122	8	61	118	7	.	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	5	4	1	4	2	.	.	1	.
Blasenkatarrh	5	3	.	4	2	.	.	.	.
Andere Blasenkrankheiten	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	3	47	2	3	37	2	.	.	.
Verengerung der Harnröhre	3	.	.	2	.	.	.	.	.
Wasserbruch	1	4	.	1	3	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Harnröhrenkatarrh	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Hodenentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	22	63	3	19	49	2	.	1	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	24	168	17	20	161	17	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	4	45	.	4	45	.	.	.	.
Feigwarzen	2	26	.	2	25	.	.	.	.
Weicher Schanker	2	50	.	2	46	.	.	.	.
Bubo	3	22	1	3	20	1	.	.	.
Syphilis	8	14	.	6	13	.	.	.	.
Venerisches Granulom	.	36	.	.	24	.	.	.	.
Phagedän-Schanker	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	43	362	18	37	335	18	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung: Granulöser Katarrh	2	29	.	2	28	.	.	.	.
Akute Blennorrhoe	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Tripperblennorrhoe	1	.	.	1	.	.	.	.	.
nicht ansteckende:									
der Lider	.	6	.	.	6	.	.	.	.
der Bindehaut	8	27	.	8	26	.	.	.	.
der Tränenorgane	2	.	.	2	.	.	.	.	.
der Hornhaut	4	18	2	4	18	2	.	.	.
der Regenbogenhaut	4	2	.	4	2	.	.	.	.
der Linse	.	1	.	.	1	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	2	.	.	2	.	.	.	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	7	.	.	7	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	30	85	2	30	83	2	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	9	19	.	9	19	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	2	6	.	2	6	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	14	.	.	14	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	29	27	.	29	27	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	3	213	.	3	206	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	17	31	2	17	29	1	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten (Ringwurm)	3	107	.	3	103	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	15	525	11	14	459	11	.	.	.
Panaritium	3	28	.	3	28	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	21	186	6	20	175	6	.	.	.
Furunkel	14	40	1	13	38	1	.	.	.
Gutartige Geschwülste	6	6	.	5	6	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	13	3	.	13	3	.	.	.	.
Eingewachsener Nagel	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Schweißfüße	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Hämatom	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	98	1 140	20	94	1 048	19	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	2	3	.	2	3	.	.	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	3	1	1	2	1	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	3	9	.	3	7	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	1	.	.	1	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gelenkmaus	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Fußgeschwulst	3	2	.	3	2	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	7	22	1	7	21	1	.	.	.
Muskelzerrung	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	2	2	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	2	2	.	2	2	.	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	2	11	.	2	10	.	.	1	.
Krankheiten der Sehnen	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	26	56	3	25	50	2	.	1	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	3	.	.	3	.	.	.	.	.
Wundreiten	5	.	.	5	.	.	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	4	4	.	4	4	.	.	.	.
Quetschung innerer Organe	.	.	1	.	.	.	.	.	1
Knochenbruch des Oberarms	2	3	.	2	3	.	.	.	.
» des Unterarms	2	4	.	2	4	.	.	.	.
» der Hand	.	3	.	.	3	.	.	.	.
» des Oberschenkels	.	3	.	.	1	.	.	.	.
» des Unterschenkels	.	2	.	.	2	.	.	.	.
» des Fußes	1	1	.	1	1	.	.	.	.
» des Kopfes	.	2	1	.	2	1	.	.	.
» der Wirbelsäule	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	4	.	.	3	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Schußwunden	2	2	.	2	2	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	3	72	.	3	71	.	.	.	.
Stichwunden	1	6	.	1	6	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	8	64	5	8	58	5	.	.	.
Bißwunden	1	5	.	1	5	.	.	.	.
Verbrennung	2	12	.	2	10	.	.	.	.
Andere Verletzungen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Alter Knochenbruch	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Ertrunken	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Dynamitverletzung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	39	192	7	38	179	6	1	1	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Ankylostomiasis	.	9	.	.	7	.	.	1	.
Bandwurm	6	.	.	5	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	7	12	.	6	10	.	.	1	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Entbindung	14	3	.	13	3	.	.	.	.
Fehlgeburt	1	3	1	1	3	1	.	.	.
Dammriß II. Grades	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Kindbettfieber	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Eitrige Brustdrüsenentzündung	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Schwangerschaftserbrechen	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Retroflexio Uteri	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Gebärmutterleiden	3	4	3	3	4	3	.	.	.
Salpingitis chronica	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Oophoritis chronica	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Uterusblutungen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Entzündung der Bartholin'schen Drüsen	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Geschwulst der inneren Schamlippe	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Geschwüre der Schamlippen	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Zur Untersuchung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	24	20	7	22	19	7	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Selbstmord (-versuch)	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Allgemeine Körperschwäche	.	12	.	.	4	.	.	1	.
Altersschwäche	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Zur Beobachtung	4	154	2	4	154	2	.	.	.
Verschlucken einer Nadel	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Asphyxie eines Neugeborenen	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Summe der Gruppe XV	6	168	2	5	158	2	1	3	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt und anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	174	1 274	81	163	1 174	70	2	48	7
» II	26	17	3	22	13	3	.	3	.
» III	21	180	6	21	164	5	.	11	1
» IV	45	56	4	39	47	2	.	2	.
» V	62	122	8	61	118	7	.	.	1
» VI	22	63	3	19	49	2	.	1	.
» VII	43	362	18	37	335	18	.	.	.
» VIII	30	85	2	30	83	2	.	.	.
» IX	29	27	.	29	27	.	.	.	.
» X	98	1 140	20	94	1 048	19	.	.	.
» XI	26	56	3	25	50	2	.	1	.
» XII	39	192	7	38	179	6	1	1	1
» XIII	7	12	.	6	10	.	.	1	.
» XIV	24	20	7	22	19	7	.	.	.
» XV	6	168	2	5	158	2	1	3	.
Summe	652	3 774	164	611	3 474	145	4	71	10

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 2.

Nachweisung

über die im Jahre 1911/12 in Deutsch-Neuguinea verstorbenen Europäer.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Iststärke:

Lfde. Nr.	Name	Geschlecht	Alter Jahre	Beruf	Staatsangehörigkeit
1	2	3	4	5	6
					In ärztlicher
1	Wieners	männl.	42	Händler	Preußen
2	Hoffmann	"	neugeboren	—	Preußen
3	Hildebrandt	"	47	Händler	Preußen
					Außerhalb ärztlicher
4	Petersen	männl.	40	Steuermann	Dänemark
5	Oeser	"	60	Ansiedler	Sachsen
6	Drewske	"	26	Steuermann	Preußen
7	Jeschke	"	33	Pater	Preußen
8	Scherer	"	27	Pater	Preußen
9	Scharfenberger	"	35	Pater	Preußen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

853 Köpfe.

Aufenthalt in den Tropen	Aufenthalt im Schutzgebiet	Datum des Todes	Todesursache	Bemerkungen
7	8	9	10	11
Behandlung.				
.	19 Jahre	8. IV. 11	Schwarzwasserfieber (Herzschwäche)	gestorben in Herbertshöhe.
.	—	30. VIII. 11	Asphyxie (totgeboren)	gestorben in Käwieng.
.	24 Jahre	10. II. 12	Gicht (Herzschwäche)	gestorben in Rabaul.
Behandlung.				
.	16 Jahre	26. VI. 11	Milzruptur?	nach einer Schlägerei gestorben in Maronn.
.	5 Monate	2. VIII. 11	Malaria?	gestorben in Bainingen.
.	5 Monate	23. VIII. 11	ertrunken	in Käwieng.
.	5 Jahre	November 1911	angeblich Schwarzwasserfieber	gestorben in Kaiser-Wilhelmsland.
.	$2^1/_2$ Jahre	31. XII. 11	angeblich Nierenleiden	
.	7 Jahre	6. II. 12	angeblich Herzleiden	

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 3.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen in Deutsch-Neuguinea, Bezirk Rabaul.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	+ 3	+ 531	+ 10	3	531	10	.	.	.
Rose	.	+ 1	.	.	.	.	.	1	.
Pyämie (Septicämie)	.	+ 1	.	.	.	.	.	1	.
Malaria	1 + 85	2 + 133	+ 26	81	130	24	1	1	.
Schwarzwasserfieber	.	.	+ 1	.	.	.	.	.	.
Grippe	+ 2	1 + 0	.	2	1	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	+ 9	+ 2	.	3	.	.	5	2
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	.	+ 2	.	.	1	.	.	1	.
Ruhr	+ 2	4 + 94	.	2	76	.	.	20	.
Akuter Gelenkrheumatismus	+ 1	+ 6	+ 3	1	6	3	.	.	.
Gicht	+ 1	.	.	.	.	.	1	.	.
Blutarmut	+ 6	.	.	6	.	.	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Vergiftung durch Opium (Opium Cachexie)	.	.	+ 2	.	.	.	.	.	2
Vergiftung durch tierische Gifte	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Sonnenstich	.	.	+ 1	.	.	.	.	.	1
Lepra	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Beriberi	.	7 + 32	+ 2	.	28	1	.	1	1
Bösartige Geschwülste (Sarkom)	.	.	+ 1	.	.	.	.	.	1
Summe der Gruppe I	1 + 103	14 + 811	+ 48	98	778	38	2	30	7

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	+ 2	.	+ 1	2	.	1	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	+ 3	+ 4	.	3	4	.	.	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre	.	+ 1	.	.	.	.	.	1	.
Krankheiten des Gehirns	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Nervenschwäche	+ 8	.	.	8	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	.	+ 1	.	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe II	+ 14	+ 5	+ 2	14	4	2	.	1	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	+ 3	.	.	3	.	.	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	+ 1	+ 1	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	+ 4	2 + 36	+ 2	4	38	2	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	.	+ 1	.	.	1	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	1 + 21	.	.	18	.	.	4	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	+ 1	+ 1	.	1	.	.	.	1
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	+ 2	.	.	2	.	.	.	.
Asthma	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	+ 8	3 + 64	+ 4	8	62	3	.	4	1
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Herzmuskelschwäche	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Herzhypertrophie	+ 1	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	+ 4	.	.	4	.	.	.	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	+ 4	.	.	4	.	.	.	.	.
Hämorrhoiden	+ 8	+ 1	.	8	1	.	.	.	.
Venenentzündung	+ 1	.	+ 1	.	.	1	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	+ 4	.	.	4	.	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	1 + 1	2 + 17	+ 1	2	18	1	.	.	.
Leukämie	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Chronische Milzschwellung	.	+ 4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	1 + 28	2 + 22	+ 2	27	23	2	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	+ 9	.	.	9	.	.	.	.	.
Zungenentzündung	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Mandelentzündung	+ 1	+ 3	+ 1	1	3	1	.	.	.
Rachenentzündung	+ 1	+ 1	.	1	1	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten (Mundfäule)	+ 3	+ 21	.	3	21	.	.	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	+ 4	+ 15	+ 1	4	15	1	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Magengeschwür	+ 1	+ 1	+ 1	1	1	.	.	.	1
Akuter Darmkatarrh	+ 6	2 + 25	.	6	26	.	.	.	.
Chronischer Darmkatarrh	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	1 + 1	.	.	2	.	.	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	+ 1	+ 2	.	1	2	.	.	.	.
Katarrhalische Gelbsucht	.	+ 2	.	.	2	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	+ 9	.	.	9	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	+ 44	3 + 72	+ 3	44	74	2	.	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	+ 3	+ 1	.	2	1	.	.	.	.
Blasenkatarrh	+ 3	+ 2	.	2	1	.	.	.	.
andere Blasenkrankheiten	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten der Vorsteherdrüse	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	+ 3	+ 10	.	3	9	.	.	.	.
Verengerung der Harnröhre	+ 2	.	.	1	.	.	.	.	.
Wasserbruch	+ 1	+ 1	.	1	1	.	.	.	.
andere Krankheiten der Gruppe VI	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Phimose und Paraphimose	.	+ 8	.	.	7	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	+ 16	+ 22	.	13	19	.	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	+ 7	9 + 54	+ 15	5	61	15	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	+ 2	+ 32	.	2	32	.	.	.	.
Feigwarzen	+ 2	4 + 9	.	2	13	.	.	.	.
Weicher Schanker	+ 1	5 + 17	.	1	22	.	.	.	.
Lubo	+ 3	+ 7	.	3	7	.	.	.	.
Syphilis	+ 3	+ 1	.	2	1	.	.	.	.
Venerisches Granulom	.	3 + 11	.	.	12	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	+ 18	21 + 131	+ 15	15	148	15	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten.									
I. Ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung (granul. Katarrh)	+ 2	+ 24	.	2	24	.	.	.	.
Tripperblennorrhoe	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
II. Nichtansteckende:									
der Lider	.	+ 4	.	.	4	.	.	.	.
der Bindehaut	+ 8	1 + 14	.	8	14	.	.	.	.
der Tränenorgane	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
der Hornhaut	+ 3	+ 15	1 + 1	3	15	2	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
der Regenbogenhaut	+ 1	+ 1	.	1	1	.	.	.	.
der Linse	.	1 + 0	.	.	1	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	+ 7	.	.	7	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	+ 26	2 + 58	1 + 1	26	59	2	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	+ 4	+ 5	.	4	5	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	+ 1	+ 1	.	1	1	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	+ 3	.	.	3	.	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	+ 9	+ 7	.	9	7	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	+ 2	6 + 69	.	2	73	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	+ 8	.	+ 1	8	.	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten (Ringwurm)	+ 3	9 + 65	.	3	74	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	+ 9	15 + 209	1 + 9	9	198	10	.	.	.
Panaritium	+ 3	+ 5	.	3	5	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	+ 10	1 + 63	+ 4	10	58	4	.	.	.
Furunkel	+ 6	1 + 15	+ 1	6	15	1	.	.	.
Gutartige Geschwülste	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	+ 12	.	.	12	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	+ 54	32 + 426	1 + 15	54	423	15	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	+ 2	.	+ 1	1	.	.	.	.	.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	+ 3	+ 2	.	3	1	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	1 + 0	.	.	1	.	.	.	.
Fußgeschwulst	+ 3	.	.	3	.	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	+ 6	+ 9	+ 1	6	9	1	.	.	.
Muskelzerrung	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	+ 2	6 + 4	.	2	9	.	.	1	.
Krankheiten der Sehnen	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	+ 20	7 + 17	+ 2	19	22	1	.	1	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	+ 3	.	.	3	.	.	.	.	.
Wundreiten	+ 5	.	.	5	.	.	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	+ 2	+ 1	.	2	1	.	.	.	.
Quetschung innerer Organe	.	.	+ 1	.	.	.	.	.	1
Knochenbruch des Oberarms	+ 2	.	.	2	.	.	.	.	.
» » Unterarms	+ 1	+ 2	.	1	2	.	.	.	.
» der Hand	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
» des Unterschenkels	.	+ 2	.	.	2	.	.	.	.
» des Kopfes	.	+ 2	.	.	2	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	+ 3	.	.	3	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	+ 1	4 + 14	.	1	18	.	.	.	.
Stichwunden	+ 1	+ 5	.	1	5	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	+ 6	+ 15	+ 1	6	15	1	.	.	.
Bißwunden	+ 1	+ 1	.	1	1	.	.	.	.
Verbrennung	+ 1	+ 6	.	1	6	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	+ 24	4 + 53	+ 2	24	57	1	.	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	.	1 + 1	.	.	2	.	.	.	.
Bandwurm	+ 4	.	.	4	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	+ 4	1 + 1	.	4	2	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Fehlgeburt	.	1 + 0	+ 1	.	2	1	.	.	.
Kindbettfieber	.	1 + 1	.	.	1	.	.	.	.
Dammriß II. Grades	.	.	+ 1	.	.	1	.	.	.
Gebärmutterleiden	.	+ 3	+ 3	.	3	3	.	.	.
Geschwulst der inneren Schamlippe	.	+ 1	.	.	1	.	.	.	.
Geschwüre der Schamlippen	.	+ 1	.	.	.	.	.	.	.
Entzündung der Bartholinschen Drüse	.	.	+ 1	.	.	1	.	.	.
Salpingitis chronica	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Normale Geburt	+ 6	.	.	6	.	.	.	.	.
Zangen-Geburt	+ 1	.	.	.	.	.	.	.	.
Retroflexio uteri	+ 1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	+ 9	2 + 6	+ 6	8	7	6	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Selbstmordversuch	.	+ 1	.	.	.	.	.	1	.
Allgemeine Körperschwäche	.	+ 1	.	.	.	.	.	.	.
Altersschwäche	.	1 + 0	.	.	.	.	.	1	.
Zur Beobachtung	+ 3	.	.	3	.	.	.	.	.
auf Pocken	.	+ 29	.	.	29	.	.	.	.
» Tripper	.	+ 20	+ 2	.	20	2	.	.	.
» Geisteszustand	.	+ 3	.	.	3	.	.	.	.
» sonstige Krankheiten	.	+ 19	.	.	19	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	+ 3	1 + 73	+ 2	3	71	2	.	2	.
Gesamtsumme	2 + 380	92 + 1 768	2 + 102	366	1 756	89	2	38	10

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt u. anderweitig entlassen			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen und nicht einheimische Eingeborene	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	104	825	48	98	778	38	2	30	7
» II	14	5	2	14	4	2	.	1	.
» III	8	67	4	8	62	3	.	4	1
» IV	29	24	2	27	23	2	.	.	.
» V	44	75	3	44	74	2	.	.	1
» VI	16	22	.	13	19	.	.	.	.
» VII	18	152	15	15	148	15	.	.	.
» VIII	26	60	2	26	59	2	.	.	.
» IX	9	7	.	9	7	.	.	.	.
» X	54	458	16	54	423	15	.	.	.
» XI	20	24	2	19	22	1	.	1	.
» XII	24	57	2	24	57	1	.	.	1
» XIII	4	2	.	4	2	.	.	.	.
» XIV	9	8	6	8	7	6	.	.	.
» XV	3	74	2	3	71	2	.	2	.
Gesamtsumme	382	1 860	104	366	1 756	89	2	38	10

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 4.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen des Bezirks Herbertshöhe.

Umfaßt die im Hospital und ambulant behandelten Weißen sowie die im Gouvernementskrankenhaus behandelten farbigen Angehörigen des Gouvernements, der Firmen usw. und freie Eingeborene.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang: geheilt u. anderweitig entlassen		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
I. Übertragbare Krankheiten u. allgemeine Erkrankungen.						
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	+ 12	.	12	.	.
Flecktyphus	1	.	1	.	.	.
Malaria	2 + 7	+ 15	9	14	.	.
Schwarzwasserfieber	+ 2	.	1	.	1	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	+ 4	+ 1	4	1	.	.
Ruhr	+ 3	.	3	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	+ 1	.	1	.	.	.
Framboesie	+ 2	+ 2	2	2	.	.
Malaria Pneumonie	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe I	3 + 20	+ 30	22	29	1	.
II. Krankheiten des Nervensystems.						
Geisteskrankheiten	+ 2	.	2	.	.	.
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	.	+ 1	.	.	.	1
Rückenmarksschwindsucht (Tabes)	+ 1	.	1	.	.	.
Hüftnervenentzündung	+ 2	.	2	.	.	.
Nervenschwäche	+ 2	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe II	+ 7	+ 1	7	.	.	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt u. anderweitig entlassen		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
III. Krankheiten der Atmungsorgane.						
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	+ 2	.	2	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	+ 2	.	1	.	.
Akute Lungenentzündung	.	1 + 3	.	4	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	+ 1	+ 1	1	1	.	.
Luetisches Kehlkopfgeschwür	1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe III	1 + 3	1 + 6	4	6	.	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.						
Nervöse Störung der Herztätigkeit	+ 4	.	4	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	+ 1	.	1	.	.	.
Krankheiten der Blutgefäßwandungen	+ 1	.	1	.	.	.
Hämorrhoiden	+ 1	.	1	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser u. mit Ausnahme von Bubo)	+ 2	+ 1	2	1	.	.
Blutarmut	+ 2	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe IV	+ 11	+ 1	11	1	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.						
Krankheiten der Kiefer und Zähne	+ 4	+ 1	4	1	.	.
Mandelentzündung	+ 1	.	1	.	.	.
Rachenentzündung	+ 1	.	1	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	+ 2	.	2	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	+ 1	.	1	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe V	+ 10	+ 1	10	1	.	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.						
Nierenentzündung	+ 1	.	1	.	.	.
Blasenkatarrh	+ 2	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe VI	+ 3	.	3	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt u. anderweitig entlassen		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
VII. Venerische Krankheiten.						
Tripper	+ 5	1 + 1	4	2	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	+ 5	.	5	.	.
Weicher Schanker	.	+ 1	.	1	.	.
Syphilis	+ 2	.	1	.	.	.
Phagäden.-Schanker	.	+ 1	.	1	.	.
Eicheltripper	.	+ 1	.	1	.	.
Summe der Gruppe VII	+ 7	1 + 9	5	10	.	.
VIII. Augenkrankheiten,						
ansteckende:						
Kontagiöse Augenentzündung Granul. Katarrh	.	+ 1	.	1	.	.
nichtansteckende:						
der Bindehaut	.	+ 3	.	3	.	.
der Hornhaut	.	+ 1	.	1	.	.
der Regenbogenhaut	+ 3	+ 1	3	1	.	.
Summe der Gruppe VIII	+ 3	+ 6	3	6	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.						
Krankheiten des äußeren Gehörgangs	+ 1	.	1	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	+ 1	.	1	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	+ 1	.	1	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	+ 13	.	13	.	.	.
Summe der Gruppe IX	+ 15	+ 1	15	1	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.						
Krätze	.	+ 2	.	2	.	.
Akute Hautkrankheiten	+ 7	+ 1	7	1	.	.
Unterschenkelgeschwür	+ 1	5 + 28	1	31	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	+ 8	3 + 20	7	23	.	.
Furunkel	+ 3	.	3	.	.	.
Gutartige Geschwülste	+ 3	.	3	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe X	+ 23	8 + 51	22	57	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.						
Knochenhautentzündung	+ 2	.	2	.	.	.
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) u. Ausgänge	+ 1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	+ 1	.	1	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	.	+ 1	.	1	.	.
Summe der Gruppe XI	+ 4	+ 1	4	1	.	.
XII. Mechanische Verletzungen.						
Quetschung ohne äußere Wunde	+ 1	.	1	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	+ 1	.	1	.	.
Knochenbruch des Unterarms	+ 1	.	1	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	+ 1	.	1	.	.	.
Schußwunden	+ 1	.	1	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	+ 1	.	1	.	.
Stichwunden	.	+ 1	.	1	.	.
Verbrennung	.	+ 2	.	2	.	.
Andere Verletzungen	.	+ 1	.	1	.	.
Alter Knochenbruch	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe XII	+ 5	+ 6	5	6	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.						
Bandwurm	+ 1	.	1	.	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	+ 2	.	2	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.						
Zur Untersuchung	+ 1	.	1	.	.	.
Entbindungen	+ 3	.	3	.	.	.
Abort	+ 1	+ 1	1	1	.	.
Kindbettfieber	+ 1	.	.	.	.	.
Gebärmutterkatarrh	+ 3	.	3	.	.	.
Chronische Eierstockentzündung	+ 1	.	1	.	.	.
Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter	+ 1	.	1	.	.	.
Uterusblutungen	.	+ 1	.	1	.	.
Summe der Gruppe XIV	+ 11	+ 2	10	2	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)		Abgang			
			geheilt u. anderweitig entlassen		gestorben	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
XV. Andere Krankheiten.						
Allgemeine Körperschwäche	.	+ 1	.	1	.	.
Zur Beobachtung	+ 1	.	1	.	.	.
Verschlucken einer Nadel	+ 1	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe XV	+ 2	+ 1	2	1	.	.
Gesamtsumme	4+126	10+116	125	121	1	1

Zusammenstellung.

Gruppe I	23	31	22	29	1	.
» II	7	1	7	.	.	1
» III	4	7	4	6	.	.
» IV	11	1	11	1	.	.
» V	10	1	10	1	.	.
» VI	3	.	3	.	.	.
» VII	7	10	5	10	.	.
» VIII	3	6	3	6	.	.
» IX	15	1	15	1	.	.
» X	23	59	22	57	.	.
» XI	4	1	4	1	.	.
» XII	5	6	5	6	.	.
» XIII	2	.	2	.	.	.
» XIV	11	2	10	2	.	.
» XV	2	1	2	1	.	.
Summe	130	126	125	121	1	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 5.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen des Bezirks Nord-Neumecklenburg (Käwieng).

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	23	.	.	23	.	.	.	.
Malaria	21	60	9	.	59	9	.	1	.
Schwarzwasserfieber	1	1	.	.	1	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	1	5	.	.	3	.	.	2	.
Tuberkulose anderer Organe	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Ruhr	.	20	.	.	14	.	.	2	.
Epidemische Genickstarre	.	2	.	.	.	.	.	2	.
Gelenkrheumatismus, chronischer	1	.	3	.	.	3	.	.	.
Blutarmut	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Lepra	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Beriberi	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Framboesie	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	24	132	12	.	121	12	.	7	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Fallsucht	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Nervenschwäche	3	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	4	6	.	.	5	.	.	1	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	5	16	.	.	16	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	22	.	.	18	.	.	3	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Asthma	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	8	43	.	.	39	.	.	3	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Erkrankung der Herzklappen	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Herzmuskelschwäche	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Hämorrhoiden	1	1	.	.	1	.	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	3	5	.	.	5	.	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Mandelentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	9	.	.	9	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	1	8	.	.	8	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	2	19	.	.	19	.	.	.	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Blasenkatarrh	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	16	.	.	13	.	.	.	.
Verengung der Harnröhre	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Wasserbruch	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	1	19	.	.	16	.	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	3	68	1	.	65	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	1	4	.	.	4	.	.	.	.
Feigwarzen	.	5	.	.	4	.	.	.	.
Weicher Schanker	1	27	.	.	23	.	.	.	.
Bubo	.	14	1	.	12	1	.	.	.
Syphilis	2	13	.	.	12	.	.	.	.
Venerisches Granulom	.	10	.	.	7	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	7	141	2	.	127	1	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende: Akute Blennorrhoe..	.	2	.	.	2	.	.	.	.
nichtansteckende: » »	.	2	.	.	2	.	.	.	.
der Lider	.	5	.	.	5	.	.	.	.
der Bindehaut	1	1	.	.	1	.	.	.	.
der Hornhaut									
Summe der Gruppe VIII	1	10	.	.	10	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	.	3	.	.	3	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	.	36	.	.	36	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	1	6	.	.	6	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	3	68	.	.	63	.	.	.	.
Panaritium	.	18	.	.	18	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	2	44	.	.	42	.	.	.	.
Furunkel	2	16	.	.	16	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Unguis incarnatus	1	1	.	.	1	.	.	.	.
Hyperhidrosis pedum	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Haematom	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	12	196	.	.	189	.	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	3	.	.	2	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	1	2	.	.	2	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	1	11	.	.	10	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Quetschung ohne äußere Wunde	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» des Unterarms	.	2	.	.	2	.	.	.	.
» des Oberschenkels	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» des Fußes	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» des Kopfes	.	.	1	.	.	1	.	.	.
» der Wirbelsäule	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Hieb- und Schnittwunden	1	29	.	.	29	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	1	5	.	.	5	.	.	.	.
Bißwunden	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Verbrennung	1	3	.	.	1	.	.	.	.
Ertrinken	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Dynamitverletzung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	4	48	1	.	45	1	1	1	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis (Elephantiasis)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	.	1	.	.	1	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Geburten	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Asphyxie der Neugeborenen	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Brustdrüsenentzündung	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Eierstocks- und Eileiterentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Weißfluß	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Kindbettfieber	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	3	6	.	.	6	.	1	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Allgemeine Körperschwäche	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Zur Beobachtung	.	59	.	.	59	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	62	.	.	62	.	.	.	.
Gesamtsumme	70	702	15	.	658	14	2	12	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	24	132	12	.	121	12	.	7	.
» II	4	6	.	.	5	.	.	1	.
» III	8	43	.	.	39	.	.	3	.
» IV	3	5	.	.	5	.	.	.	.
» V	2	19	.	.	19	.	.	.	.
» VI	1	19	.	.	16	.	.	.	.
» VII	7	141	2	.	127	1	.	.	.
» VIII	1	10	.	.	10	.	.	.	.
» IX	.	3	.	.	3	.	.	.	.
» X	12	196	.	.	189	.	.	.	.
» XI	1	11	.	.	10	.	.	.	.
» XII	4	48	1	.	45	1	1	1	.
» XIII	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» XIV	3	6	.	.	6	.	1	.	.
» XV	.	62	.	.	62	.	.	.	.
Summe	70	702	15	.	658	14	2	12	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 6.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen des Bezirks Süd-Neu-Mecklenburg

für die Zeit vom 13. November 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	16	1	.	16	1	.	.	.
Malaria	1	5	1	1	5	1	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	.	1	.	.	.	.	.	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	.	2	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	1	25	3	1	22	2	.	.	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Summe der Gruppe III	.	4	.	.	3	.	.	1	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Leukämie	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	.	3	.	.	2	.	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	.	4	2	.	4	2	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	6	2	.	2	2	.	.	.
Summe der Gruppe VI	.	6	2	.	2	2	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Feigwarzen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Bubo	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Venerisches Granulom	.	9	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	.	18	.	.	13	.	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten.									
Kontagiöse Augenentzündung (ansteckende): Granulöser Katarrh	.	4	.	.	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	.	4	.	.	3	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	.	3	.	.	3	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	.	11	.	.	8	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	23	.	.	11	.	.	.	.
Panaritium	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	1	4	.	1	4	.	.	.	.
Furunkel	2	3	.	1	2	.	.	.	.
Ringwurm	.	10	.	.	7	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	3	52	1	2	33	1	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Fußgeschwulst	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	.	2	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	.	6	.	.	5	.	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Knochenbruch des Oberarms	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	.	37	4	.	31	4	.	.	.
Bißwunden	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	.	44	4	.	38	4	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Zur Beobachtung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Gesamtsumme	4	171	12	3	130	11	.	1	.

Zusammenstellung.

Gruppe I	1	25	3	1	22	2	.	.	.
» III	.	4	.	.	3	.	.	1	.
» IV	.	3	.	.	2	.	.	.	.
» V	.	4	2	.	4	2	.	.	.
» VI	.	6	2	.	2	2	.	.	.
» VII	.	18	.	.	13	.	.	.	.
» VIII	.	4	.	.	3	.	.	.	.
» IX	.	3	.	.	3	.	.	.	.
» X	3	52	1	2	33	1	.	.	.
» XI	.	6	.	.	5	.	.	.	.
» XII	.	44	4	.	38	4	.	.	.
» XV	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe	4	171	12	3	130	11	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 7.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen der Station Friedrich-Wilhelmshafen.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten u. allgemeine Erkrankungen.									
Pocken	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	41	1	.	40	1	.	.	.
Malaria	13	92	8	12	87	8	.	1	.
Schwarzwasserfieber	2	3 (Malaria)	2	2	3	2	.	.	.
Grippe	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Akute Miliartuberkulose	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	8	.	.	.	.	.	3	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Ruhr	2	10	.	2	6	.	.	4	.
Gelenkrheumatismus	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Blutarmut	.	3	1	.	2	1	.	.	.
Beriberi	.	23	3	.	16	3	.	1	.
Framboesie	.	78	.	.	73	.	.	.	.
Bösartige Geschwülste	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Denguefieber	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	20	266	15	18	232	15	.	12	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	1	1	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	4	1	.	4	1	.	.	.
Summe der Gruppe II	1	5	1	.	4	1	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	28	2	.	28	2	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	19	.	.	16	.	.	3	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	5	.	.	4	.	.	.	.
Asthma	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	1	59	2	1	54	2	.	3	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels [s. Gelenkrheumatismus] (1)	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankungen der Herzklappen	.	2	2	.	.	.	.	1	.
Herzmuskelschwäche	1	2	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	3	3	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser u. mit Ausnahme von Bubo)	.	15		.	15	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	4	23	2	.	16	.	.	1	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	2	10	2	2	9	2	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Katarrh. Gelbsucht	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden) [siehe bösartige Geschwulst]	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Verstopfung	1	4	1	1	4	1	.	.	.
Ascites	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	6	23	3	5	20	3	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	1	3	.	1	1	.	.	1	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	6	.	.	5	.	.	.	.
Wasserbruch	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Harnröhrenkatarrh	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Hodenentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	1	15	.	1	11	.	.	1	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	9	29	1	8	27	1	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	1	3	.	1	3	.	.	.	.
Feigwarzen	.	7	.	.	7	.	.	.	.
Syphilis	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Venerisches Granulom	.	3	.	.	1	.	.	.	.
Prostataabszeß	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	12	42	1	11	38	1	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten									
der Bindehaut	.	4	.	.	4	.	.	.	.
der Hornhaut	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	.	5	.	.	5	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörgangs	4	12	.	4	12	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	5	13	.	5	13	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze — Gürsen (laccas)	1	89	.	1	87	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	1	24	.	1	22	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	21	.	.	20	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	2	177	1	1	156	1	.	.	.
Panaritium	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	.	51	2	.	48	2	.	.	.
Furunkel	1	5	.	1	5	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	1	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	6	375	3	4	346	3	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) u. Ausgänge	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Gelenkmaus	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Muskelrheumatismus	1	7	.	1	7	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln (Atrophie)	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	1	14	1	1	12	1	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Quetschung ohne äußere Wunde	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Knochenbruch der Hand	.	2	.	.	2	.	.	.	.
» des Oberschenkels	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Knochenbruch des Fußes	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Schußwunden	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	1	19	.	1	18	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	1	7	.	1	7	.	.	.	.
Verbrennung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	6	37	.	6	33	.	.	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Ankylostomiasis	.	9	.	.	7	.	.	1	.
Bandwurm	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	1	9	.	.	7	.	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Eitrige Mastitis	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Geburten	2	3	.	2	3	.	.	.	.
Schwangerschaftserbrechen	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	2	4	1	2	4	1	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Allgemeine Körperschwäche	.	7	.	.	.	.	.	1	.
Zur Beobachtung	.	22	.	.	22	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	29	.	.	22	.	.	.	.
Gesamtsumme	66	919	29	54	817	27	.	19	.

Zusammenstellung.

Gruppe I	20	266	15	18	232	15	.	12	.
» II	1	5	1	.	4	1	.	.	.
» III	1	59	2	1	54	2	.	3	.
» IV	4	23	2	.	16	.	.	1	.
» V	6	23	3	5	20	3	.	.	.
» VI	1	15	.	1	11	.	.	1	.
» VII	12	42	1	11	38	1	.	.	.
» VIII	.	5	.	.	5	.	.	.	.
» IX	5	13	.	5	13	.	.	.	.
» X	6	375	3	4	346	3	.	.	.
» XI	1	14	1	1	12	1	.	.	.
» XII	6	37	.	6	33	.	.	.	.
» XIII	1	9	.	.	7	.	.	1	.
» XIV	2	4	1	2	4	1	.	.	.
» XV	.	29	.	.	22	.	.	1	.
Summe	66	919	29	54	817	27	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

VI. Karolinen, Marshall- und Palau-Inseln.

A. Jap (Westkarolinen).

Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Buse.

I. Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Zur Unterstützung des Regierungsarztes war in Jap vom Dezember 1911 bis Schluß des Berichtsjahres ein weißer Heilgehilfe stationiert. Für den Krankenzugang zum Hospital hat sich dies als sehr günstig erwiesen, da bei der Möglichkeit der Arbeitsteilung die Insel ständig bereist werden und die säumigen Kranken ärztlicher Obhut schnellstens zugeführt werden konnten. Viele schwer Leidende werden ja auf Jap zu spät in Behandlung gebracht, nachdem die Krankheit — meist schwere Anämien und Tuberkulose — unheilbare Schädigungen des Körpers hervorgerufen hat. Dadurch, daß von Monat zu Monat die einzelnen Dörfer inspiziert wurden, konnte die Gesamtheit des Japvolkes überwacht werden.

2. Hospitalbauten und andere sanitäre Einrichtungen.

Auf dem zum Hospital gehörigen, hügelig ansteigenden Gelände ist für die weiße Hilfskraft ein einzimmeriges Haus, 8 : 6 : 4 m, errichtet mit den erforderlichen Nebenräumen; eine ungefähr 40 cbm haltende, vom Hausdach mit Regenwasser versorgte Zisterne, welche in den Felsen gehauen, auf einfachste Weise hergestellt wurde, versorgt Küche, Bad und Abort des Heilgehilfenhauses. Dieser felsige Boden der Insel erstreckt sich über ihr ganzes Gebiet; meist ist er nur mit geringem Humus überdeckt, der kärglichen Gewinn für den Bebauer in sich birgt.

3. Wasserversorgung.

Nutzen wird dieser Felsen bringen bei der Errichtung von Zisternen zur Wasserversorgung der Eingeborenendörfer. Kein Fluß oder Bach ist vorhanden, der Wasser für Küche und Bad den Japleuten liefern

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

kann; das zum Kochen nötige Wasser wird den Tarosümpfen entnommen; einige Quellen mit Brakwasser müssen über die Monate der Trockenheit, wenn selbst die Tarosümpfe austrocknen, hinweghelfen. Bei Durchführung hygienischer Einrichtungen des Abortwesens und der Wasserversorgung habe ich auf den felsigen Untergrund hingewiesen, in welchen nun von den Eingeborenen Dorfzisternen eingehauen werden. Da der Japmann in jeglichem Bauhandwerk geschickt sich erweist, ist die Durchführung mancher baulichen Maßregel im Interesse der Hygiene erleichtert. Die Kranken des Hospitals liefern den von ihnen aus Korallensteinen gebrannten Kalk; sie fällen und behauen das Bauholz; die Frauen bereiten die Blätterdächer. So erstehen auf dem weiten Hospitalgelände an den luftigsten Plätzen Einfamilienhäuschen — ungefähr 3 : 4 m — aus Betonwänden und Betonfußböden und Eingeborenenbedachung. Sie sollen dem Mangel an Einzelzimmern in den beiden Unterkunftshäusern begegnen, zugleich auch ein Vorbild sein, indem sie den Ansprüchen der Reinlichkeit genügen, was bei den halbdunklen Japhäusern nicht möglich ist. Gerade die Japwohnung muß als Brutstätte der Volkskrankheiten beschuldigt werden; in ihr sitzt die Tuberkulose; der Staub des Bodens vermittelt die Wurmkrankheiten.

4. Abfuhrwesen.

Die Wichtigkeit der Reinlichkeit für die Volksgesundheit ist unbestritten; neben der Malaria ist vor allem die Ankylostomiasis als Würgeengel unserer Südseevölker zu bezeichnen. Während meiner sich über Jahre erstreckenden Tätigkeit auf Jap habe ich stets bei schweren Krankheitsbildern auf den Hakenwurm gefahndet und konnte ihn für Jap erst im März 1912 nachweisen; daß er immer vorhanden war, ist zweifellos; daß er eine so weite Verbreitung gefunden hat, ist — vermute ich — erst eine Erwerbung der letzten Jahre, seitdem unsere Eingeborenen in größerer Anzahl auf den benachbarten Inseln tätig sind. Den Hang zur Unsauberkeit zu erklären, ist im Hinblick auf das fehlende Süßwasser leicht. Ob der Bau der Zisternen Wandel schaffen wird, ist bei dem allem Neuen sich erst abneigenden Charakter der Japleute zweifelhaft. Deshalb wird auf Waschungen der Schmutzfinken im Hospital Wert gelegt und der Schmutz als die Wurzel alles Übels dargestellt. Und weiterhin, wie steht es mit der Beseitigung der Fäzes? Daß die dicht am Meeresufer Wohnenden Ebbe und Flut zu ihrer Beseitigung benutzen, ist nicht zu beanstanden. Jedoch die große Zahl kennt nur den Busch zur Defäkation; Abortanlagen sind unbekannt.

Am Ende des Berichtsjahres ist Anlage von Aborten den Eingeborenen zur Pflicht gemacht; zum Teil wird für die Anwohner des Meeres die Beseitigung der Exkrete durch dasselbe benutzt. Die in das Land hineinliegenden Häuser haben sich mit Gruben zu versehen, in denen sofortige Desinfektion mit Kalk erfolgt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

5. Volkshygiene.

Noch darf man nicht erwarten, daß ein volles Verständnis den Maßnahmen auf dem Fuße folgen wird, aber ständige Kontrolle der Ausführung, Belehrung und schließlich Zwang werden dem intelligenten Volke den Nutzen dieser prophylaktischen Erfordernisse näherbringen. Und allmählich wird der steten Abnahme der Volkszahl Halt geboten werden. Noch immer spricht man vom Aussterben der Südseeinsulaner, sucht die Gründe dafür in mancherlei Richtung. Wandel zu schaffen in der ihnen eigenen Moral und Sittlichkeit wird auf viele Hindernisse stoßen.

Eine Prostitution im europäischen Sinne ist vorhanden, läßt sich leichter überwachen und beschränken; der freie Verkehr beider Geschlechter aber, wie er noch weit verbreitet ist, wird noch viel Unheil schaffen. Der Sinn der Leute muß deshalb auf die Schaffung dauerhafter Ehen gerichtet werden. Nur zu häufig gilt die Ehe als ein leicht abzubrechendes Spiel untereinander; erst wenn Kinder vorhanden sind, trennt man sich schwerer.

6. Bevölkerungsstatistik.

Über diese Verhältnisse hat uns eine im Berichtsjahr angestellte Volkszählung Aufschluß gegeben. Sie ergab gegenüber 245 unverheirateten, im Mannesalter stehenden Männern 104 unverheiratete junge Frauen. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß von Jap ungefähr 200 Männer als Arbeiter in Angaur, Palau, Ponape, Truk, Saipan und Tsingtau abwesend waren — sie wurden mitgezählt. Ein gewisser Teil dieser von der Heimat Abwesenden zieht es vor, für die Zeit ihrer Abwesenheit unbeweibt zu bleiben.

Eine kurze Übersicht über die Ergebnisse der Volkszählung möge folgen:

Die Gesamtsumme der Japleute beträgt 6 269, und zwar: Männer 2 454, Frauen 2 492, Knaben 750, Mädchen 573.

Weitere Feststellungen wurden gemacht:

Fortpflanzungsfähige Männer	1 667
Männer unter 30 Jahren (16—30)	564
Jünglinge von 16—20 Jahren	176
Alte oder sieche Männer	787
Gebährfähige Frauen	1 471
Nichtgebärfähige Frauen	1 021
Frauen, die geboren haben	1 641
Ihre Kinder	3 272
Geburten des letzten Jahres	128
Todesfälle des letzten Jahres	389
Augenblicklich schwangere Frauen etwa	65

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Aus diesen Zahlen ist zu folgern: Ist die Zahl der Frauen auch um 38 größer als die der Männer, so übertrifft doch die Zahl der fortpflanzungsfähigen Männer die der gebärfähigen Frauen um 196. Hervorstechend sind die Zahlen der für die Fortpflanzung nicht mehr in Betracht kommenden Männer und Frauen; sie machen fast ein Drittel der Gesamtbevölkerung aus. Das erklärt auch den Überschuß der Todesfälle den Geburten gegenüber. 60% der Toten gehörten dem höheren Lebensalter an. So wird man für die nächsten Jahre noch mit einer Überzahl der Todesfälle rechnen müssen. 73 Tote sind auszehrender Krankheit — Tuberkulose und Ankylostomiasis — zum Opfer gefallen, 7 der Dysenterie.

Der Rückgang des Japvolkes ist unbestreitbar, nicht so, daß man von einem Aussterben reden dürfte. Seine Gründe liegen nicht im unklaren: Überwiegen der älteren Leute; die jungen sind den mancherlei Volksseuchen zum Opfer gefallen, im Jahre 1907 ein großer Teil der Dysenterie; Framboesie, Ankylostomiasis schädigen schwer, führen zum Teil unheilbare Krankheitszustände herbei, zum Teil ebnen sie der Tuberkulose den Weg, welche natürlich auch primär weitverbreitet ist. Nicht zu vergessen sind die schon berührten lockeren Familienbande mit leichter Verbreitung der Geschlechtskrankheiten.

An der Hand dieser Punkte sind die Pfade zur Besserung gewiesen.

Neben Aufklärung eine scharfe Überwachung der oben geschilderten hygienischen Maßnahmen: Reinlichkeit am Körper und im Haus, gute Wasserversorgung, Abfuhrwesen; Salvarsanbehandlung der Framboesie; Isolierung der Tuberkulösen; Aufsuchen der Quellen der Gonorrhoe. Von einem Geburtenmangel kann nicht die Rede sein; eine Vermehrung der Geburten wird nach Besserung der hygienischen Verhältnisse sich einstellen.

Da während meines Aufenthaltes in Jap sich mehrere Todesfälle von Mutter und Kind während oder nach der Geburt ereignet haben — Verblutungen, verschleppte Querlagen —, da ferner die Kenntnis der Vorgänge bei der Geburt gering, der Mangel an Reinlichkeit unheimlich groß ist, habe ich versucht, für einen Gedanken unter den führenden Japleuten Propaganda zu machen, den durchzuführen mir nicht unmöglich erscheint. Nach Vollendung der mancherlei zeremoniellen Vorgänge vor der Geburt: die Schwangere erhält von weisen Männern Medizin — zwei Gottheiten konkurrieren dabei, Jellefas und Wedewong, zur Voraussage über die Zukunft der Kinder schlägt der Vater Holz, welches nach der Geburt von der Wärterin abgebrannt wird, wobei es sich herausstellt, ob das Leben des Neugeborenen sich gut gestalten wird —, nach diesem, ungefähr 4 Wochen vor der Geburt kommen die graviden Frauen zur Geburt in ein einfach zu erbauendes Gebärhaus nahe beim Hospital. Nur im Falle der Not greift der Arzt ein; an der Hand der Geburten soll die Belehrung der Hilfe leistenden Frauen geschehen. Der Durchführung dieses Vorschlages, dem im Prinzip zugestimmt worden ist, werden sich nicht wenig Schwierigkeiten, wie ich mir wohl bewußt bin, entgegenstellen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

II. Krankendienst.

Der Krankenzuzug war im Berichtsjahr 1911/12 besser als in früherer Zeit.

Im Bestand waren	117
Zugang	1 422
Summe der Behandelten	1 539

Abgang.

Geheilt	1 117
Gestorben	35
Anderweitig	232
Bestand bleiben	155

Der Krankenbesuch ist in der Hauptsache poliklinisch; Schwierigkeiten, die Kranken im Hospital zu halten, bietet häufig der über alles hochgehaltene Kastengeist. Der niedriger Stehende scheut sich, die täglichen Verrichtungen des Zusammenlebens: Essen, Kochen, Schlafen usw., in Gemeinschaft mit einem Oberen auszuführen. Er zieht es vor, in einem verschwiegenen Winkel für sich zu leben. Für unmöglich gilt der an üblen Geschwüren Leidende oder sonst Verstümmelte; er wird abseits in kleiner Hütte sich überlassen; er selbst sucht, erschöpft an Körper und Geist, die Einsamkeit. Auch die Rücksichten auf die Familie sind oft hinderlich der Konzentration der Kranken. Einzelzimmer für einen zusammengehörigen Kreis sind nicht genügend vorhanden, so mieten sich solche Kranke, die von den Anverwandten begleitet werden, am liebsten in den naheliegenden Dörfern Dugor, Keng, Nehemar, Tafaguif, Rumu ein, nicht zum Vorteil der dortigen Häuser, welche zu oft der Infizierung mit Tuberkulose ausgesetzt sind. Schließlich darf das sexuelle Moment nicht vergessen werden. Nur ungern läßt man die weiblichen Glieder der Familie in so großer verführerischer Nähe einer großen Anzahl von Männern. Und selbst das männliche Geschlecht fürchtet wohl nicht umsonst die Verführungskünste so mancher Schönen.

Trotz dieser gewichtigen Gründe suche ich möglichst die Kranken an das Hospital zu fesseln, soweit es eben Raum und andere Rücksichten gestatten.

7. Kasuistik.

Framboesie.

Sie ist die in Jap weitest verbreitete Krankheit; 100% der Japleute werden befallen. Sie begleitet sie bis ins hohe Alter. Kaum einer ist zu finden, der außer den charakteristischen Narben nicht untrügliche Zeichen der chronisch gewordenen (tertiären) Krankheit aufwiese. So manche lästige chronische Hauterscheinungen der Hand-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

teller, rissige Verdickungen der planta pedis, oft rezidivierende geschwürige Papeln sind auf ihr Konto zu rechnen. Sie setzen die Arbeitskraft und -lust des Mannes herab; sie schädigen die Entwicklung der Knaben. Und recht oft nimmt das sekundäre und tertiäre Stadium der Krankheit einen schweren, zerstörenden Charakter an; dann sind ihre Wirkungen der malignen Lues zu vergleichen und bieten, wie mir scheint, ein der Gangosa in Guam ähnliches Bild. Beobachter dieser letzteren, schwer destruierenden Krankheit glaubten in Jap bei einigen geheilten früheren Patienten dieselben Zerstörungen des Nasenrachenraums, des Gaumens zu sehen, wie sie die Krankheit Gangosa in Guam hervorruft. Nicht selten habe ich im Verlauf von sekundärer und tertiärer Framboesie schwere Affektionen des Gaumens, Zerstörungen des Os palatinum beobachtet; bei einem Knaben wurde der destruierende Prozeß aufgehalten durch intravenös gegebenes Salvarsan. Dr. G. Baermann hat im Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene klassische Bilder der Spätframboesie gegeben, wie sie die Wirklichkeit in Jap hundertfach bietet. Einige mir bemerkenswerte Fälle will ich noch erwähnen: eine Fistelbildung in der Achselhöhle eines jungen Mädchens auf Grund zerfallener Drüsen, welche über 10 cm weit sich verfolgen ließ, heilte nach Salvarsan innerhalb 8 Tagen. Ich war gewohnt, ähnliche Bilder bis jetzt als Folgen tuberkulöser Eiterung anzusehen. Eine ähnliche Fistel zeigte eine Frau an der Wange zugleich mit framboesischen Papeln, die sich nach Salvarsan bald schloß. Zerstörungen des Nasenknochengerüsts habe ich erwähnt; ich will ihr häufiges Vorkommen besonders bei Frauen betonen. Endlich seien periostitisch und osteomyelitisch anklingende Erscheinungen an den langen Röhrenknochen erwähnt, welche im späteren Stadium gar nicht zu selten sind, mehrfach konnte ich sie bei jungen Frauen beobachten. In allen diesen schweren Fällen, die früher selbst intensivster Schmierkur und Jodkali trotzten, auch außerordentlich große Kosten verursachten, genügt 0,3—0,6 Salvarsan, um in Tagen, spätestens kurzen Wochen, Heilung herbeizuführen. Nach anfänglichen intramuskulären und subkutanen Einspritzungen, welche durch die großen Schmerzen und einige Abszedierungen Gefahr brachten, das Mittel bei der eingeborenen Bevölkerung unbeliebt zu machen, habe ich Salvarsan nur noch intravenös angewandt. Meist wird mit 0,3 begonnen und abgewartet, ob die Heilung anhält. Eine zweite Infusion 0,3 Salvarsan heilt definitiv. Nachschautermine müssen natürlich über Jahr und Tag ausgedehnt werden wegen kleiner Rezidive, die dann nochmalige 606-Behandlung erfordert. Ich blicke jetzt auf 200 intravenöse Einspritzungen dieses unerreichten Mittels zurück, die nur mit sterilem Wasser angerührt, noch keinen Mißerfolg zeitigten. Bei subkutaner Anwendung (ungefähr 50 Fälle) stellten sich einige nichtssagende Eiterungen im Rücken ein. Die intravenöse Verwendung hat sich unter den Japleuten nur Freunde gemacht, sie bringen ihre kleinsten Kinder herbei. In sehr vielen Fällen wird die Vene durch Hautschnitt freigelegt, bei Männern mit gut sichtbarem Venengeflecht der einfachere Einstich durch die Haut vorgenommen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Ich erachte die systematische Behandlung aller Framboesiebehafteten für sehr wichtig und wegen folgender Punkte für duchaus notwendig:

1. Die Arbeitsfähigkeit der Männer und Frauen wird gehoben.

2. Da in den mannigfachen Schädigungen durch die Framboesie auf die Allgemeinbeschaffenheit des Körpers auch ein Grund für die Herabsetzung der Gebärfähigkeit zu sehen ist — neben manchen anderen —, kann für die Geburtenziffer der Weg zum besseren gewandt werden.

3. Die Kinder werden durch die oft über viele Monate dauernde Krankheit in ihrer Entwicklung schwer geschädigt. Neue Infektionsmöglichkeiten mit Tuberkulose werden dadurch geboten, Erkrankungen der Lymphdrüsen mit langwierigen Eiterungen, Durchbruch in die Venen, Miliartuberkulose werden vorbereitet. Bösartige Lymphome können hier ihren Ursprung finden; ich glaube, einen Zusammenhang suchen zu müssen zwischen diesen und den einst framboesisch erkrankten Drüsen.

Framboesiefälle kamen 374 zur Behandlung.

Tuberkulose.

Lungentuberkulose und Tuberkulose des Larynx wurden in 29 Fällen behandelt. 10 Kranke starben, 5 blieben in Behandlung. Mehrere heftige, unstillbare Haemoptoen führten zu schnellem Ende.

Bei 4 Kindern kam Tuberkulose der Wirbelsäule zur Beobachtung, 1 Kind starb. Ein Tumor albus des Ellenbogengelenks konnte nicht beeinflußt werden.

Bei den 283 Fällen der Tuberkulose drüsiger und anderer Organe handelt es sich hauptsächlich um Erkrankungen schwererer und leichterer Natur der drüsigen Organe des Halses und der Achselhöhle. In einer größeren Reihe wurde die Tuberkulinreaktion nach der Peiperschen Methode angewandt. Es wurde begonnen, die schwer Erkrankten, die zum Teil gewaltige Lymphome aufwiesen, operativ anzugreifen — mit gutem Erfolg. Es zeigte sich dabei, daß Verkäsung und Vereiterung meist eingetreten war; die Berechtigung der chirurgischen Behandlung liegt klar zutage bei der sehr großen Möglichkeit des Durchbruchs in die Venen und die Ausbreitung des Infektionsstoffes durch die Blutbahn. Die guten Erfolge mit glatter Heilung zeitigten teilweise eine wahre Operationsfreudigkeit der Kranken.

Daß aber auch Fälle vorkommen, bei denen die operative Entfernung der Drüsen keine Rettung bringt, zeigt ein junger Mann, dem große zerfallene Drüsen des Oberschenkels mit bestem Erfolg entfernt wurden. Da Tuberkulinreaktion negativ war und Chylurie bestand, entstand Verdacht auf Filarien, sie wurden nicht nachgewiesen. Der Mann ging unaufhaltsam dem Tode entgegen. Bei der von Professor Hansemann in Berlin vorgenommenen mikroskopischen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Untersuchung der Drüsenreste wurden typische Tuberkeln mit Riesenzellen und Verkäsung darin gefunden. Auch konnten Tuberkelbazillen nachgewiesen werden.

Die Vergesellschaftung der Ankylostomiasis und Tuberkulose ist häufig, Differentialdiagnose zwischen Aszites infolge Ankylostomum und tuberkulöser Peritonitis sehr schwierig. Die Sektion eines jungen Mädchens gab darüber einmal Aufschluß: tuberkulöse, adhäsive Peritonitis.

Ruhr.

Ruhrartige Erkrankungen traten in größerer Anzahl unter den Ponapeleuten, welche auf Jap bis zu ihrer Übersiedelung nach Palau gehalten wurden, auf. 18 Kranke kamen zur Heilung. — Von Japleuten wurden nur 4 mit dysenterischen Erscheinungen behandelt.

Einer starb an Entkräftung. Er kam zum Arzt wegen einer linksseitigen Geschwulst des Unterbauches. Bei der Sektion erkannte man in dem langgezogenen Tumor den linken Leberlappen völlig abszediert. Die ganze Leber war zu einem Abszeßherd geworden.

Daß die Dysenterie immer wieder aufflackert, ersehe ich aus den Todesfällen, welche bei der Volkszählung gemeldet wurden — angeblich starben 7 Menschen an Ruhr.

Pocken – ähnliche Erkrankungen.

Im Verlauf der Erdarbeiten für Anlegung eines provisorischen Dorfes für die kriegsgefangenen Ponapeleute wurde ein Teil der Arbeiter von einer fieberhaften Erkrankung befallen, in deren Verlauf ein pustulöser Ausschlag den ganzen Körper bedeckte. In leichten Fällen war eine Ähnlichkeit mit Varizellen unverkennbar. Die ersten Fälle sah ich im Juni 1911. Nach einigen leichteren Erkrankungen stellte sich ein farbiger Schmied des Bezirksamts, der sich mehrere Tage heftigen Regengüssen ausgesetzt hatte, vor mit Rückenschmerzen und hohem Fieber. Ungefähr am vierten Tage brach das pustulöse Exanthem aus mit Verbreitung über den ganzen Körper. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens war bedeckt mit Pusteln und roten Flecken, so daß Schlucken unmöglich wurde. Eine Unterscheidung von echten Blattern war für mich unmöglich. Das Sensorium des Mannes war trotz des hohen Fiebers frei. Auf Befragen nach den früheren Fällen berichtete man mir, daß diese in ähnlich schwerer Weise verlaufen seien, und unter diesen früher Erkrankten befanden sich viele, welche ich vor $^3/_4$ Jahren stark positiv mit Kälberlymphe geimpft hatte. Der weitere Verlauf der Krankheit, die recht tiefe pustulöse Einschmelzungen der Haut herbeiführte, bewies, daß es sich nicht um echte Blattern handelte. Zuerst vorhandene Narben verblaßten. Nach ungefähr 10 Tagen und einer kurzen Rekonvaleszenz war die Krankheit überwunden.

Das pustulöse Exanthem nahm keinen epidemischen Charakter an. Todesfälle kamen nicht vor. Die Ähnlichkeit mit den von Plehn beschriebenen Sanagapocken ist groß.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Hervorheben will ich die von anderer Seite gemachte und mir berichtete Beobachtung, daß während der Erdarbeiten eines lange Jahre unbearbeiteten Geländes infolge Herumwühlens im Erdreich die in Jap unbekannte Krankheit aufgetreten sein soll.

Denguefieber.

Eine andere mit masernähnlichem Exanthem einhergehende fieberhafte Erkrankung befiel einige Europäer, welche sich erst kurze Zeit in Jap aufhielten. Der Verlauf glich dem Denguefieber, rheumatische Beschwerden traten jedoch nicht in dem Maße auf, wie sie bei Denguefieber auf Guam beobachtet wurden. Bei einem Europäer handelte es sich um eine schwere Infektion mit dem noch unbekannten Virus. Petechielle Blutungen der Haut, Blutstippchen im Stuhl und Benommenheit machten das Krankheitsbild zu einem ernsten. Heilung stellte sich nach ungefähr 14 Tagen ein.

Da Manila häufig Dengueepidemien hat, eine monatliche Verbindung zwischen Jap und Manila besteht, dürfte der Ursprung der Krankheit auf den Philippinen zu suchen sein. Auch unter den Japleuten sollen dengueähnliche Fieber grassiert haben, ohne Schaden anzurichten.

In 5 Fällen von Eingeborenen wurde tropische Malaria behandelt, sämtlich in Neuguinea erworben. Dreimal brachten Europäer aus derselben Quelle Malaria nach Jap, welche zum Teil durch recht chronischen Verlauf sich auszeichnete.

Gelenkrheumatismus.

7 akute Fälle.

1 Chinese mußte in Jap wegen schwerer Beriberi mit Ödemen und Herzschwäche ausgeschifft werden. Er erholte sich so weit, daß er wieder transportfähig wurde.

Bei 6 Japeingeborenen hatten vernachlässigte Geschwüre — meist des Unterschenkels — eine karzinöse Entartung der Ulcera herbeigeführt. Mikroskopischer Nachweis des Krebses. Nur 1 Frau konnte ich zur Operation (Pirogoff) bewegen; sie befindet sich auf dem Wege zur Heilung. Die anderen sind elend zugrunde gegangen.

Ein Sarkom des Unterkiefers mit Übergreifen auf den Mund kam bei einer Mogmogfrau zur Beobachtung. Salvarsan war in diesem Falle ohne Wirkung.

Ebenso stellte sich ein alter Mogmogmann vor mit großem Sarkom am Oberschenkel nahe der Leistenbeuge, dessen Ursprung mir dunkel war.

Diese Fälle bösartiger Geschwülste beweisen das häufigere Vorkommen bei den dunklen Rassen, als man gewöhnlich annimmt. Beispielsweise habe ich primäres Karzinom der Leber sowie bösartige Geschwulst des inneren weiblichen Genitals früher schon auf Jap gesehen.

5 Kranke wurden wegen Erysipel behandelt.

Neue Lepröse sind nicht festgestellt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die Verwandten der auf Jap vor Jahresfrist gestorbenen 2 Aussatzkranken sind in Beobachtung. Nasenschleim Verdächtiger wurde bis jetzt mit negativem Erfolg untersucht. Das Urteil über Lepra geht für Jap dahin, daß der Aussatz eine weitere Verbreitung nicht gefunden hat.

Geisteskrankheiten.

Die Zahl der geistig Gestörten beträgt nach dem Ergebnis der Volkszählung 42, bei einer Volkszahl von 6 000 eine gewiß nicht geringe Zahl. Die Kranken befinden sich fast ausnahmslos bei ihren Verwandten, werden, wenn sie gefährlich für die Allgemeinheit werden, in festen Gewahrsam genommen, bei Tobsuchtsanfällen in eine Art Zwangsgestell gesteckt, bei welchem Arme und Beine an starke Bambus geschnürt werden. Verschiedene Arten der Psychose sind den Japleuten bekannt. Der angeborene Blödsinn (Idiotie-maei) ist vorhanden, ebenso wie Dementia praecox auf Grund hereditärer Degeneration. Bei der ungeheuren Verbreitung der Adoption ist Inzucht, welche an sich sehr streng vermieden wird, nur zu leicht möglich; die Adoption wird vor den Kindern sehr häufig geheimgehalten, oft wohl auch im Laufe der Zeit ganz vergessen, so daß Verwandtenehen sehr leicht möglich werden. Körperliche Zeichen der Entartung werden genug beobachtet.

Die Allgemeinbezeichnung für verrückt heißt in Japisch: alili. Unter diese Kategorie reihen sich verschiedenartige Krankheitsbilder. Die größere Anzahl der Girdi ni alili (verrückte Leute) zeigt einen krankhaften Wandertrieb, nicht selten verbunden mit Kleptomanie. Die Frau geht in die Küche der Nachbarin, versorgt sich mit deren Speisen, sie erntet die Früchte aus anderer Tarosümpfen. Bezeichnend ist, daß diese Art des Diebstahls, welche sonst schwer in Jap bestraft wird, als Tat eines Unsinnigen richtig beurteilt wird. Aber dieser Wandertrieb ist häufig mit Furchtvorstellungen verknüpft. Rastlos eilt der Jüngling von Ort zu Ort, da er sich verfolgt glaubt. Wahnvorstellungen beherrschen ihn, er sieht Männer, die ihn bedrohen, Geister erscheinen ihm, Stimmengewirr erschreckt den Ängstlichen, daß er sich tagelang im Busch verkriecht, oder im Begriff, sich zu verteidigen, mit dem Speer Vorübergehende, selbst Verwandte bedroht. Ausgelöst werden derartige Störungen durch Trauer um geliebte Angehörige, Gram wegen der Untreue der Frau, des Freundes. In Stunden solcher Gemütserschütterungen ist der Selbstmord auf Jap beliebt. Jugendliche Alili werden auch zu Maei, d. h. sie verblöden (Dementia praecox).

Eine andere Form des Alili finden wir in den Erregungszuständen junger Mädchen im Pubertätsalter und Frauen in Zeiten der Menopause. Gerade die letztere scheint nicht selten mit Störungen der Psyche einherzugehen. In diesen Zuständen gebärden sich die Kranken unanständig, obscöne Worte — nie gehört im größeren Kreise von Männern und Frauen — schreien sie hinaus, sie zerreißen den Bund des Blätterrockes und tanzen nackt in den Gemeindehäusern, bis sie schleunigst

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

von ihren Verwandten gebunden weggeführt werden. Diese Arten der Psychose gehen meist in Heilung über. Unter Dauoll oder Daringall werden — wie mir neuerdings erzählt wurde — jene Männer oder Frauen verstanden, die den Vorübergehenden zu sich herbeirufen, törichte Gespräche mit ihm führen, auch wohl Obscönitäten versuchen. Bei einer anderen Art geistiger Verwirrung nehmen Männer Tätowierung der Frauen an, tragen große Grasschürze, ähnlich dem weiblichen Ong, tragen eine Halsschnur aus Bast wie die weibliche Marefá. Sehen sie eine Frau, die ihr Wohlgefallen erregt, so gehen sie mit ihr ins Tapall (Menstruationshaus). Man lacht über sie, doch werden sie trotz ihrer anstößigen Handlungsweise frei geduldet.

Noch vor einigen Jahren gab es einige homosexuelle Männer.

Die Zahl der als Alili bezeichneten Kranken übertrifft weit die Maei und Dauoll.

Andere Krankheiten des Nervensystems.

Anfang 1911 herrschte unter den Japleuten nach ihren Berichten eine schwere Epidemie fieberhafter Erkrankungen, welche zum Teil schnell zum Tode führte, bei einem Teil der Geheilten aber schlaffe Lähmungen der Arme und Beine zurückließ. Auch Läsion des Facialis habe ich danach in Behandlung bekommen. Die Sensibilität der Extremitäten ist erloschen. Blase und Mastdarm sind stets intakt geblieben. Die Anzahl der so Gelähmten ist sehr groß, fast jedes Dorf beherbergt einen Kranken. Bei 4 Männern habe ich durch Massage und Elektrisation versucht, Besserung der Lähmungen zu erzielen. Der Erfolg ist ausgeblieben.

Ein 26 Jahre auf Jap ansässiger Europäer starb im Alter von 50 Jahren mit bulbärparalytischen Erscheinungen. Die Sektion ergab eine subakute eitrige Leptomeningitis, deren Ursprung dunkel geblieben ist.

Krankheiten der Atmungsorgane.

32 Kranke mit Katarrh des Kehlkopfs und der großen Verzweigungen der Luftröhre, 2 Männer, bei denen der Katarrh die feineren Bronchien ergriffen hatte, 1 Knabe mit akuter Lungenentzündung und 2 Jünglinge mit Brustfellentzündung wurden geheilt. 3 Japleute mit chronischen Katarrhen der Luftwege waren in Behandlung.

Krankheiten der Kreislauforgane.

Insuffizienz des Herzens nach lange bestehendem Klappenfehler führte den Tod eines alten Japhäuptlings herbei.

Herzmuskelerkrankung mit Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit führte einen Japmann in Behandlung.

Nach Genuß eines Medikaments (?) stellten sich heftige Herzpalpitationen bei einem Sonserollmädchen ein.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheiten der Ernährungsorgane.

16 Erkrankungen der Zähne und des Zahnfleisches bei Eingeborenen wurden geheilt. Bei 5 Europäern machten sich kariöse Erkrankungen der Zähne bemerkbar, welche zum Teil plombiert und erhalten wurden.

6 Fälle von Mandelentzündung mit eitrigem Belag.

1 Entzündung der Ohrspeicheldrüse.

16 akute Darmkatarrhe.

3 chronische Rachenentzündungen.

Operation eines perityphlitischen Abszesses mit Ausgang in Heilung bei einem Ponapejüngling.

2 Fälle von Fistula ani, unbekannter Herkunft, einer kam ad exitum infolge von Tuberkulose.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.

2 akute Erkrankungen der Blase nach Erkältung.

Hydrocele bei einem Japmann nach Bergmann beseitigt.

3 Kranke mit Phimose bzw. Paraphimose geheilt.

Venerische Krankheiten.

19 Erkrankungen an Gonorrhoe, einige mit Nebenhodenentzündung verbunden.

2 junge Eingeborene mit Nebenhodenentzündung, ohne daß Tripper vorhanden war; Tuberkulose lag nicht vor. Nach einigen Wochen ging die Entzündung zurück.

1 Fall mit weichem Schanker des Präputiums.

11 Eingeborene mit tertiärer bzw. hereditärer Syphilis. Bei ihnen handelte es sich teils um metasyphilitische Hautgeschwüre; 3 Patienten waren Chamorros, von denen ein älterer Mann furchtbar stinkende Zerstörungen des Gesichts aufwies. 1 Chamorrokind, aus dessen Familie mehrfache hereditärluetische Krankheitsfälle mir bekannt waren, wies eine geschwulstartige Verdickung der einen Brustseite auf, welche nach spezifischer Behandlung völlig verschwand.

Augenkrankheiten.

Die kriegsgefangenen Ponapesen brachten nach Jap eine ansteckende Bindehauterkrankung, deren letzte Ausläufer im Beginn des Berichtsjahres noch zu behandeln waren. Unter 31 Kranken war 1 Europäer; 21 Ponapesen und 9 Japleute zeigten nur mittelschwere Krankheitsbilder im Gegensatz zu den im Anfang der Epidemie häufig schweren Fällen.

3 skrophulöse Erkrankungen der Lider. 1 Thränensackexstirpation bei einem Mogmogmann (Dr. Leber-Göttingen).

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Chronische Ulcera corneae wies ein alter Mann auf. Durch Narbenzug war das Augenlid verkürzt, der Augapfel ungenügend geschützt.

1 Japmann mit Netzhautablösung unbekannter Ätiologie.

Ohrenkrankheiten.

Ohrpfröpfe bei 2 Personen entfernt.

4 akute Entzündungen des Mittelohrs und Trommelfells.

11 eitrige Mittelohrerkrankungen, welche, meist auf Grund von Skrophulose entstanden, einer definitiven Heilung große Schwierigkeiten bereiten. Radikaloperation wäre oft am Platze.

Krankheiten der äußeren Bedeckungen.

In den 84 Fällen akuter Hautkrankheiten sind vor allen die sogenannten Kaskaskranken (Neuguinea) enthalten. Geschwürige Prozesse der Haut an Beinen, Armen usw., wohl oft ganz verschiedenen Ursprungs, meist unter dem Zeichen des Schmutzes stehend. Sie erfordern nicht zu selten eine langwierige Behandlung. Heiße Luft hat mir gute Dienste getan. — Einige Japleute waren in Berührung beim Baden im Süßwasser mit dem Safte des Tschongetbaumes gekommen, welcher einen pustulösen Ausschlag der Haut hervorruft. Jodtinktur leistete gute Dienste.

Unterschenkelgeschwüre und Ulcera anderer Hautstellen kamen 172 in Behandlung.

Von 15 Zellgewebsentzündungen seien 2 phlegmonöse Bursitiden (präpatellar) hervorgehoben.

9 Furunkel.

1 Fibrom an der Streckseite des Unterarms entfernt.

Unter »chronische Hautkrankheiten« sind die 72 Tinea-imbricata-Kranken aufgeführt, bei denen grüne Seife und Jodtinktur die besten Dienste leisteten.

Krankheiten der Bewegungsorgane.

1 Fall von Osteomyelitis des Unterschenkels.

1 chronische Kniegelenksentzündung mit starkem Erguß.

43 Fälle von Muskelrheumatismus.

In 1 Falle von Sehnenverkürzung an den Fingern habe ich Fibrolysin versucht. Der Erfolg war nicht überzeugend, dem Patienten mangelte auch die Ausdauer.

Sehnenverkürzungen mit Verkrümmungen der Finger sind bei Eingeborenen sehr häufig.

Mechanische Verletzungen.

1 Kontusion des Brustkorbs, 1 der Wirbelsäule durch Fall von einer Kokospalme.

1 Bruch des Schlüsselbeins, gute Heilung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

33 Hieb- und Schnittwunden.
6 Quetschwunden.
1 Fall von Fischbißwunde an der Hand.
1 Verbrennung III. Grades geringerer Ausdehnung.

Durch Stoß gegen den Unterarm entstand starker Bluterguß mit Beteiligung des Periostes bei einem Sandwichmann.

1 Chamorrokind hatte sich eine Nähnadel ins Kniegelenk gestoßen, die die Beweglichkeit hinderte. Längere Ruhestellung beseitigte, wie ich glaube, durch Einkapselung der Nadel, jede Gefahr.

Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.

Filarienkrankheiten sind auf Jap vorhanden. So kam ein Lymphskrotum in Behandlung, konnte wegen Alters des Mannes nicht mehr beseitigt werden. — Ein Mädchen hatte ein im ganzen elefantiastisch verdicktes Bein. Diesem Zustande waren langwierige Eiterungen der Schenkel und Jnguinaldrüsen vorausgegangen. Filarien wurden in beiden Fällen nicht gefunden.

Unter den Wurmkrankheitserregern dominieren Askariden und Ankylostomen. 32 Kinder mit Askariden.

Die Ankylostomiasis ist auf Jap eine alte Krankheit. Ihre Ausbreitung hat aber erst in den letzten Jahren einen ungeheuren Zuwachs erhalten. Meine ersten Feststellungen, die sich auf alle Bezirke Japs erstreckten, ließen 20% des Volkes als hakenwurmkrank erscheinen. Genauere Feststellungen in der dichtest bevölkerten Landschaft Tomill bringen die Gewißheit, daß dort an 75% ergriffen sind. Die Dörfer von Tomill haben stets den verhältnismäßig größten Teil der Arbeiter nach Angaur gestellt.

Kuren gegen Ankylostomiasis sind bis jetzt mit Thymol, Extract. Filic. mar., Naphthol und der Mischung: Ol. Eucalypt. 2,0, Chloroform 3,0, Ol. Ricinus 30,0 mit zum Teil gutem Erfolg gemacht. (Die Patienten machten bis zu 5 Kuren durch.)

Frauenkrankheiten und Geburten.

Brustdrüsenentzündung wurde bei einer Frau behandelt.

Eine Chamorrofrau starb an Kindbettfieber nach der 6. Geburt. Die Nachgeburt war über mehrere Tage in der Gebärmutter gelassen und verfault.

Bei einer Japfrau machte sich Plazentalösung nach der 8. Geburt notwendig. Die Frau war sehr heruntergekommen und zugleich an Bronchopneumonie erkrankt. Sie starb an Herzschwäche. Der Einblick, den ich bei dieser Gelegenheit in die Kenntnisse der Japer von Geburtsvorgängen tat, wirkt nicht ermutigend. Reinlichkeit als conditio sine qua non ist unbekannt. Sie machen die törichtsten Dinge, ziehen an der Nabelschnur, um die Plazenta zu entfernen und anderes Unglaubliches. Andererseits schrecken sie aber auch nicht vor gewagten

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

chirurgischen Eingriffen bei Geburtshindernissen zurück. Wie mir geschildert wurde, ist bei einer Erstgebärenden vor wenigen Monaten eine Art vaginaler Sectio caesarea vorgenommen, um die vorhandenen Zwillinge zu entwickeln. Die junge Frau starb an Verblutung.

Andere Krankheiten.

Unter den zur Beobachtung angeführten Kranken befinden sich:

22 auf Skrophulose Verdächtige,
4 Chinesen wegen Simulation,
1 Lepraverdächtiger,
1 Knabe scheinbar mit Rachitis,
deren Verbreitung noch festzustellen ist;
28 sogenannte Sassio-Kranke (siehe Jahresbericht 1910), welche im Bestand bleiben.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Pocken (Sanaga)	.	15	.	.	15	.	.	.	.
Rose	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Malaria	3	5	.	2	5	.	.	.	.
Grippe (Dengue)	7	.	.	7	.	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	29	.	.	14	.	.	10	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	5	.	.	1	.	.	1	.
Tuberkulose anderer Organe	.	283	.	.	204	.	.	10	.
Ruhr	.	22	.	.	21	.	.	1	.
Gelenkrheumatismus, akuter	.	7	.	.	7	.	.	.	.
Beriberi	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Framboesie	.	374	.	.	354	.	.	.	.
Bösartige Geschwülste	.	8	.	.	.	.	.	7	.
Summe der Gruppe I	10	753	1	9	626	1	.	29	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Hirnhautentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Genickstarre)	1	.	.	.	.	.	1	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	1	4	.	.	4	.	1	.	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	32	.	.	32	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	3	.	.	2	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	.	46	.	.	45	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Erkrankung der Herzklappen	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Herzmuskelschwäche	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	.	4	.	.	3	.	.	1	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	5	16	.	5	16	.	.	.	.
Zungenentzündung	.	8	.	.	8	.	.	.	.
Mandelentzündung	4	2	.	4	2	.	.	.	.
Rachenentzündung	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	1	15	1	1	15	1	.	.	.
Bauchfellentzündung und Ausgänge	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	10	50	1	10	49	1	.	1	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Blasenkatarrh	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Wasserbruch	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	2	4	.	2	4	.	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	10	9	.	10	9	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Weicher Schanker	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Syphilis	.	11	.	.	11	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	10	23	.	10	23	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VIII. Augenkrankheiten									
ansteckende:									
Akute Blennorrhoe	.	30	.	.	30	.	.	.	.
Chronische Blennorrhoe	1	.	.	1	.	.	.	.	.
nicht ansteckende:									
der Lider	.	3	.	.	3	.	.	.	.
der Tränenorgane	.	1	.	.	1	.	.	.	.
der Hornhaut	.	1	.	.	1	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	1	36	.	1	36	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	11	.	.	10	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	1	16	.	1	15	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Akute Hautkrankheiten	.	84	.	.	84	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	72	.	.	56	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwüre und andere Ulcera	3	167	2	3	167	2	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	1	14	.	1	13	.	.	.	.
Furunkel	.	9	.	.	9	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	4	347	2	4	330	2	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Entzündung der Knochen (Osteomyelitis) und Ausgänge	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Chronische Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von chronischem Gelenkrheumatismus)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	.	43	.	.	43	.	.	.	.
Krankheiten der Sehnen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	.	46	.	.	46	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Quetschung ohne äußere Wunde	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Knochenbruch des Schlüsselbeins	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	33	.	.	33	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	1	5	.	1	5	.	.	.	.
Bißwunden	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Verbrennung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Verletzungen	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	1	45	.	1	45	.	.	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Ankylostomiasis	.	27	.	.	19	.	.	.	.
Askariden	.	32	.	.	32	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	.	61	.	.	53	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Plazentarlösung	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Kindbettfieber	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Brustdrüsenentzündung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	1	2	.	1	.	.	.	2	.
XV. Andere Krankheiten.									
Altersschwäche	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Zur Beobachtung	.	52	4	.	23	4	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	53	4	.	23	4	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	10	753	1	9	626	1	.	29	.
» II	1	4	.	.	4	.	1	.	.
» III	.	46	.	.	45	.	.	.	.
» IV	.	4	.	.	3	.	.	1	.
» V	10	50	1	10	49	1	.	1	.
» VI	2	4	.	2	4	.	.	.	.
» VII	10	23	.	10	23	.	.	.	.
» VIII	1	36	.	1	36	.	.	.	.
» IX	1	16	.	1	15	.	.	.	.
» X	4	347	2	4	330	2	.	.	.
» XI	.	46	.	.	46	.	.	.	.
» XII	1	45	.	1	45	.	.	.	.
» XIII	.	61	.	.	53	.	.	.	.
» XIV	1	2	.	1	.	.	.	2	.
» XV	.	53	4	.	23	4	.	1	.
Gesamtsumme...	41	1 490	8	39	1 302	8	1	34	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 2.

Nachweisung

der in der Zeit vom 1. April 1911 bis 31. März 1912 in Jap verstorbenen Europäer.

Name	Alter Jahre	Staatsangehörigkeit	Aufenthalt im Schutzgebiet Jahre	Krankheit	Todestag	Todesursache
H.	50	Deutscher	26	Subakute eitrige Leptomeningitis	28. September 1911	Herzschwäche

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

B. Ponape (Ostkarolinen).

Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. J. Mayer.

1. Personal.

Medizinalrat Dr. Girschner versah den ärztlichen Dienst bis Ende Januar 1912, von da ab hatte der Berichterstatter die Vertretung. Während des Berichtsjahres standen dem Arzte zur Seite: 1 Ponapejunge, welcher Deutsch versteht und auch befähigt ist, schriftliche Einträge zu machen, 1 Malaie (früherer Polizeisoldat), der den Dienst unter den Kranken versieht und Aufseher über das Hospital ist; außerdem waren noch 2 Polizeisoldaten abkommandiert: einer als Handlanger bei ärztlichen Verrichtungen und einer war als Koch tätig. Recht wertvolle Dienste leistete aushilfsweise bei Operationen oder bei Schwerkranken eine Schwester der katholischen Mission; sie hat aber Ende Januar Ponape verlassen.

2. Krankenhaus.

Die Krankenhausanlagen, wie sie im Medizinalbericht 1908/09 beschrieben wurden, zeigten sich in der letzten Zeit als unzureichend. Der Zudrang war stark infolge verschiedener Epidemien (besonders Denguefieber und Parotitis) und namentlich infolge des günstigen Erfolges, den die Behandlung der Syphilis und Framboesie mit Salvarsan aufzuweisen hatte; die Bevölkerung hatte Vertrauen gefaßt und strömte zahlreich herbei. Es wurde außerhalb der Einfassung des Grundstücks ein bequemes luftiges Häuschen aus Buschmaterial errichtet und mit Wellblech gedeckt. Es bietet Unterkunft für etwa 8 Eingeborene und ist hauptsächlich für Tuberkulosefälle berechnet. Desgleichen mußte die eine Hälfte des Bootshauses für Krankenzwecke eingerichtet werden; es fanden daselbst die ansteckenden Darmkrankheiten Unterkunft.

Für Europäer bietet natürlich das primitiv eingerichtete Krankenhaus — es wurden auch alle in ihren eigenen Wohnungen behandelt und verpflegt — keinerlei bequeme Unterkunftsmöglichkeit. Für ganz besondere Fälle ist oben auf dem Kasernplatze ein Zimmer reserviert, in dem 3—4 Kranke untergebracht werden könnten. Hierzu könnte das Hospital eine Krankenzimmereinrichtung für 2 Personen liefern.

3. Verpflegung der weißen und farbigen Bevölkerung.

Die Nahrungsverhältnisse, welche die Insel bietet, sind ziemlich eintönig, wenigstens für den verwöhnteren Gaumen der Weißen, wenn sie auch für die Farbigen vollwertig zu sein scheinen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von Vegetabilien kommen hauptsächlich in Betracht: Kokosnüsse, Brotfrüchte, Zuckerrohr; auch eine recht wohlschmeckende Art Jam gedeiht gut, ebenso Süßkartoffeln und Ananas, die allenthalben angebaut werden. An Fleischnahrung stehen zur Verfügung: Schweine, Ziegen, Fische, Schildkröten, und als besonderer Leckerbissen gilt dem Ponapesen Hundefleisch, weshalb die Hundezucht überall in Blüte steht.

Jedenfalls scheint die Nahrung für die Eingeborenen vollwertig zu sein, da sie so kräftige, muskulöse und elastische Menschen zu erzeugen vermag, wie es über die Hälfte aller Ponapeleute sind. Warum daneben ein großer Teil existiert, der mager, elend und kraftlos erscheint, erheischt noch ein besonderes Studium. Leider fehlen noch immer zuverlässige Angaben über den Nährwert der Vegetabilien, insbesondere der Kokosnuß in ihren verschiedenen Reifestadien. Geflügel wird nur wenig gehalten und stellt in der Hauptsache einen wertvollen Verkaufsartikel an die Weißen dar. Der Aufstand hatte der ganzen Viehzucht einen schweren Stoß gegeben; der Bestand an Schweinen war fast aufgebraucht worden, und lange Zeit machte sich der Mangel fühlbar. Unter den geordneten Verhältnissen, die jetzt allenthalben eingetreten sind, hebt sich auch wieder die Schweinezucht. Auch die Tauben, ein von den Weißen besonders geschätzter Leckerbissen, nisten wieder zahlreich auf der Insel, nachdem durch den letzten großen Taifun fast die ganze Vogelwelt ausgerottet worden war.

Eines Genußmittels möge hier noch gedacht werden, das bei den Ponapesen hochgeschätzt ist, und das zweifellos auch die ernsteste Beachtung des Arztes verdient. Es ist dies das aus der Wurzel von Piper methysticum bereitete Nationalgetränk, Dschakau genannt. Der Gebrauch dieses Getränkes ist zwar ziemlich weit über die Südsee verbreitet, doch unterliegt es fast überall einer anderen Zubereitung. In Samoa z. B. wird die trockene Wurzel zerkleinert, das Gemengsel mit Wasser ausgelaugt und der Saft stark verdünnt getrunken. In Ponape aber wird die frische, ungewaschene Wurzel mit Steinen zu einem Brei zerklopft, der Brei zwischen Baststreifen direkt in das Trinkgefäß ausgedrückt und der konzentrierte Saft kredenzt. Der Trank stellt eine braune, mißfarbige Brühe dar, die bei einem stark erdhaltigen Geschmacke eine ähnliche Wirkung hervorbringt wie eine Lösung von Kokain, d. h. eine völlige, ziemlich lang anhaltende Abstumpfung der Geschmacksnerven erzeugt. Der Saft wird von Männern und Frauen (nicht so von Kindern) leidenschaftlich gern und häufig (jede Woche 3—4mal) und dann stellenweise in großen Quantitäten getrunken; das gewöhnliche Quantum dürften 4—5 mittlere Kokosschalen sein, wobei bemerkt werden muß, daß nur etwa die obere Hälfte abgetrunken wird zur Vermeidung des erdigen Bodensatzes. Als augenblickliche Wirkung soll ein gewisses Wohlbehagen eintreten mit nachfolgendem Schlafbedürfnis. Von einer berauschenden Wirkung konnte ich nichts wahrnehmen. Das exzitierende Moment ist jedenfalls in dem eigentümlichen Zubereitungszeremoniell zu suchen, dem vielleicht früher oder auch jetzt noch eine religiöse Bedeutung zugrunde lag. Die chronische Wirkung soll sich in Abmagerung, Muskelzittern und namentlich in Gedächtnisschwäche äußern.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Tatsächlich bekommt man oft solche Leute zu Gesichte, die sich dann mit ziemlicher Regelmäßigkeit als starke Dschakautrinker erweisen. Mäßiger Genuß scheint keine nachteilige Wirkung auszuüben.

Für die Weißen in der Kolonie hat die Fürsorge des Bezirksamtes schon mancherlei Erleichterung gebracht. So ist ein chinesischer Gärtner angestellt, der in ausgedehnten Anlagen allerlei Gemüse- und Nutzpflanzen zieht und die verschiedensten Pflanzungsversuche macht. Eine kleine Viehherde (der Herkunft nach größtenteils von Saipau und Kussaie) gedeiht vorzüglich und verspricht in nicht allzu ferner Zeit neben regelmäßiger Milchlieferung auch gesunde Abwechslung in die jetzige eintönige Fleischnahrung zu bringen.

4. Wassserversorgung.

Die Wasserversorgung ist für Ponape denkbar gut bestellt. Der Reichtum an Flüssen mit gesundem, reinem Badewasser ist groß, dem Boden entspringen allenthalben Quellen mit erfrischendem, einwandfreiem Trinkwasser. In der Station selbst ist eine derartige Quelle in 3 Röhren gefaßt und deckt für sich allein schon reichlich den Bedarf an dem nötigen Gebrauchswasser. Es handelt sich hier jedenfalls nicht um eine eigentliche Quelle, sondern um Versickerwasser, das über einer undurchlässigen Tonschicht wieder zum Vorschein kommt, nachdem es durch eine ziemlich dicke Erdschicht filtriert ist, so daß es alle unreinen Bestandteile verloren hat und manche wertvolle Bodensalze gelöst enthält; das Wasser zeigt zu verschiedenen Zeiten verschieden starken Ablauf und verschiedene Temperaturen, ist also nicht als Quell-, sondern als oberständiges Grundwasser aufzufassen. Das Grundstück, auf dem das Wasser zum Vorschein kommt, wird von Zeit zu Zeit einer ausgedehnten Reinigung unterworfen.

5. Abfuhrwesen — Latrinen.

Aller Unrat und alle Abfallstoffe werden ins Meer abgeführt. Das jetzt auf der Station übliche Abortsystem ist das Kübelsystem, das sich gegenüber den früheren Versitzgruben gut bewährt hat. Alle 2—3 Tage werden die Kübel gereinigt. Die Eingeborenen freilich ziehen den »Ort der Wahl« vor, eine Unsitte, die gerade bei der neuerdings konstatierten Ankylostomiasis von einschneidender Bedeutung wird. Gerade hier ist eine Reform dringend nötig, und wird dieselbe mit viel Aufklärungen, Ermahnungen, Geduld und gelegentlich mit entsprechendem Nachdruck wohl durchgeführt werden müssen.

6. Bodenverhältnisse.

Irgendwelche Sümpfe, die zu Bedenken Anlaß geben, existieren hier so gut wie nicht. Die zum Teil sehr ausgedehnten Mangrovensümpfe sind stets dem reinigenden Einfluß des Seewassers mit seiner zahlreichen Tierwelt ausgesetzt und bringen keine größeren Ausdünstungen und

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Schädlichkeiten mit sich wie jeder Meeresstrand bei Ebbe und Flut. Eine stete Brise sorgt dafür, daß die Luft nicht stagniert.

Für die Urbarmachung des Bodens bestehen hier große Schwierigkeiten, teilweise durch das unebene Terrain und teilweise durch die vielen Felsbrocken, die über die ganze Insel hin verstreut sind. Es ist zweifellos, daß noch viel Land urbar gemacht werden kann, und es ist zu erhoffen, daß der für Kokosnußbau nicht ungünstige Boden unter dem großen Aufschwung, den das Land in der letzten Zeit genommen hat, noch besser und vollständiger erschlossen wird, was auch einen wirtschaftlichen Aufschwung, Besserung der Wohnungs- und Lebensverhältnisse und namentlich der hygienischen Zustände mit sich bringen dürfte.

7. Klima.

Das Klima, als Zusammenfassung des Wetters für einen längeren Zeitraum, ist hier als nicht ungünstig zu bezeichnen. Vom Dezember bis Anfang August herrscht eine Durchschnittstemperatur von 29°, die Tag und Nacht nur um 3 bis höchstens 4° schwankt. Der erschlaffenden Einwirkung steter feuchter Wärme auf Körper und Geist Tag und Nacht hindurch wird ein Gegengewicht gesetzt durch eine stetige erfrischende Nordostbrise. Von August bis Dezember herrscht vorzüglich Wind aus Südwest über die Berge her, der bei sehr heißen Tagestemperaturen große Temperaturschwankungen mit sich bringt. Wenn auch meist bei Tage die Hitze, namentlich bei Windstille, fast unerträglich wird und bis zu 31—32° zu steigen pflegt, so haben wir des Nachts doch Temperaturen, die bis zu 23—22° herabsteigen und auf die Erschlaffung bei Tage eine belebende tonisierende Wirkung ausüben, wie sie dem Wechsel der Temperatur eigen ist. Allerdings wirkt auch hier wie überall in den Tropen die das ganze Jahr hindurch ziemlich gleichmäßig verteilte Wärme in Verbindung mit sehr hoher Luftfeuchtigkeit in hohem Grade erschlaffend auf den Menschen. Die Magen- und Darmtätigkeit wird geschwächt, mit der Zeit wird eine anormale Blutzusammensetzung hervorgerufen, was sich in dem allmählichen Verblassen der früher gesunden Gesichtsfarbe kundgibt; gefährlich ist es immer, wenn zu diesen allgemeinen Einwirkungen auf den Körper ernstere Erkrankungen hinzutreten. Der Weiße als Arbeiter ist hier nicht gut zu denken, wohl aber vermag er in leitender Stellung viele Jahre ohne größere Gesundheitsschädigungen auszuhalten.

Ponape ist eine der bergereichsten Inseln. Die auf der Höhe der zahlreichen Gebirge bedingten Schwankungen der Temperatur bringen auch größere Niederschlagsmengen mit sich. Es ist mit 5 000 mm pro Jahr einer der regenreichsten Plätze der Welt. Die Wirkung dieser Niederschläge auf den Zustand des Körpers ist leider im allgemeinen keine gute. Die Eingeborenen sind häufig Durchnässungen und damit leichter Erkältungen ausgesetzt; dies gilt hauptsächlich für diejenigen, die nach europäischer Art Kleider tragen, wenig solche zum Wechseln besitzen und genötigt sind, die Kleider jedesmal am Leibe trocknen zu

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

lassen. Zweifellos ist der Eingeborene, der seinen Körper mit Kokosöl einreibt und nackt geht, im Vorteil.

Ein Urteil über die Einwirkung des hiesigen Klimas auf verschiedene Krankheitsgruppen, hauptsächlich Tuberkulose, Anämie, Hautkrankheiten usw., bedarf noch eines eingehenderen Studiums.

8. Soziale Hygiene.

Die Arbeiter des Bezirksamtes sind jetzt einheitlich untergebracht: ganz in der Nähe der Station sind eine Anzahl (12—14) terrassenförmig sich erhebender, in Hufeisenform angeordneter Häuser erbaut, die einen großen freien Platz in sich schließen. Die Häuser sind auf sehr günstigem trockenen Terrain größtenteils aus Buschmaterial aufgeführt, sie sind luftig und dabei doch windgeschützt. Die ganze Anlage macht einen freundlichen Eindruck und wird von fröhlichen, gesunden Menschen bewohnt. Es ist selten, daß ein Krankheitsfall sich daraus im Hospital einstellt. Wenn man auch annehmen muß, daß nur gesunde Leute als Arbeiter angeworben wurden, so ist doch die geringe Anzahl der Erkrankungen gerade aus diesem Teile auffallend, um so mehr als auch viele Frauen und Kinder dort wohnen. Der Einfluß geordneter hygienischer Verhältnisse ist unverkennbar.

9. Bevölkerungsstatistik.

Genauere Daten für eine Bevölkerungsstatistik fehlen.

10. Krankenbewegung.

(Siehe Anlage 1.)

Zugänge: Im ganzen 3 869 (Europäer 59, Chinesen und Japaner 6, Farbige 3 804).

Behandlungstage: Im ganzen 48 003. Auf das Krankenhaus entfallen 18 092, auf die Poliklinik entfallen 29 911.

Verhältnis der Zugänge zur Iststärke = 9:10.

Geheilt: 3 705.

Gestorben: 27 (nur Farbige, kein Europäer).

Bestand bleiben: 137.

Unter diesen »Ungeheilten« befinden sich 50 Fälle von Ankylostomiasis, welche wegen Mangel an entsprechenden Arzneimitteln überhaupt noch nicht behandelt werden konnten. Die übrigen 87 entfallen meist auf Syphilis und Ringwurm; diese gaben teilweise die Behandlung auf, teilweise konnten sie nicht geheilt werden.

Ergänzungen zur Krankenbewegung.

Den Krankenbüchern ist zu entnehmen, daß während des verflossenen Jahres mancherlei Epidemien leichterer und ernsterer Natur über die Insel hinweggezogen sind. Darin ist auch der Grund zu suchen,

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

daß die Zahl der behandelten Personen im Vergleich zu der des Vorjahres nahezu auf das Dreifache gestiegen ist.

Unter den am meisten vertretenen Krankheiten ist in erster Linie ein eitriger Bindehautkatarrh zu nennen. Derselbe dürfte wohl seinen Ausgang von der Insel Saipan genommen haben und ist auf Ponape bereits zu einer ansehnlichen Verbreitung gelangt. Ihre Schrecken hat die Krankheit verloren, seit sie in ihrem Wesen durch den Spezialarzt Dr. Leber genau studiert und der Heilplan festgelegt worden ist. Die Fälle pflegen glatt ohne Sehstörung oder irgendeinen bleibenden Nachteil zu heilen, vorausgesetzt, daß die Therapie zur rechten Zeit einsetzen kann; doch dafür hat es das Volk im Laufe der Zeit zu einem großen Verständnis gebracht, indem die Leute schon gleich in den Anfangsstadien zur Behandlung zu erscheinen pflegen. Die Krankheit ist zur Zeit erloschen bis auf einige sporadische Fälle.

Unter eigene Beobachtung fielen Epidemien von Denguefieber und Parotitis. Dem Denguefieber fielen fast alle Weißen und auch ein großer Teil der farbigen Bevölkerung anheim. Im ganzen bewahrte es seinen bekannten typischen und quoad vitam gutartigen Charakter, die Krankheit endete aber nicht immer typisch mit dem Erscheinen des Exanthems. Todesfall trat keiner ein. Es war das erste Mal, daß das Fieber hier auftrat.

Die Parotitis ergriff ebenfalls einen großen Teil der Bevölkerung. Eine Abszedierung kam nicht vor, dagegen zahlreiche Hodenschwellungen.

Interessant waren einige schwere und hartnäckige Fälle von Influenza infolge eines eigentümlichen Blutbefundes. Es waren dies zahlreiche Häufchen von kleinen Körnchen, die wie gequollene Streptokokken aussahen; der gleiche Befund konnte bei mehreren Kranken (Weißen und Farbigen) festgestellt werden. Bemerkenswert war ein ganz atypisches Fieber.

Syphilis und Framboesie.

Die genügend erprobte segensreiche Wirkung des Salvarsans hatte auch hier ein großes Feld für Betätigung gefunden. Syphilis und Framboesie wurden in den letzten 2 Monaten in nahezu 100 Fällen mit fast immer vollständigem Erfolge behandelt, Komplikationen traten fast nie oder nur sehr vorübergehend auf. Den Erfolg zeigt am zutreffendsten die Tatsache, daß ein Mädchen, welches schon 6 Jahre im Hospital an Syphilis in Behandlung stand, nach 4 Wochen, und eine Frau, welche 8 Monate wegen der gleichen Krankheit im Hospital weilte, bereits 14 Tage nach Behandlung mit Salvarsan als geheilt entlassen werden konnten. Die oft zahlreichen und weit ausgebreiteten Geschwüre heilten schnell und mit guter Narbenbildung unter einfacher Vaselinebedeckung. Auch von den auswärtigen Inseln wurden etwa 20 Fälle durch gelegentlich verkehrende Schiffe aufgesammelt, und konnten diese nach Behandlung mit Salvarsan meist bald wieder geheilt in ihre Heimat entlassen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

werden. Dort scheint noch ein reiches Feld für die Wirksamkeit des Salvarsans vorhanden zu sein, aber leider ist der Schiffsverkehr nur ein sehr spärlicher und zufälliger. Der jährliche Verbrauch an Salvarsan bei steter Bekämpfung der damit erreichbaren Krankheiten dürfte wenigstens 200 Portionen pro Jahr betragen, die natürlich im Laufe der Zeit eine erhebliche Minderung erfahren werden.

Als ganz neue Tatsache konnte das Auftreten von Ankylostomiasis konstatiert werden. Ziemlich sicher war dies zu erwarten bei den Mortlockleuten, die aus dem infizierten Saipan heraus in die Wohnplätze der verbannten Bewohner von Jakoits einrückten; aber leider hat auch sonst die gefährliche Krankheit an den verschiedensten Punkten der Insel schon Fuß gefaßt, wie auf einer 6tägigen Studienreise durch die Insel konstatiert werden mußte. Wie weit und wie stark die Krankheit sich eingenistet hat, ist bis jetzt noch nicht abzusehen. Es wäre dringend angezeigt, nach dieser Richtung hin auch Nachforschung auf den umliegenden Inseln anzustellen, da wahrscheinlich die Ausbreitung der Krankheit größer ist, als man bis jetzt annehmen konnte. Es sind Merkblätter über die Ankylostomiasis ausgegeben worden, und zwar eines für die Missionen und Schulen, ein anderes für die Eingeborenen (siehe Anlage 2).

Darmkrankheiten.

Verschiedene Fälle eines blutig eitrigen Durchfalles kamen zur Beobachtung, von denen einige tödlich endeten, die infolge schlechter oder mangelhafter Ernährung in ihrer Widerstandsfähigkeit schon vor Beginn der Erkrankung sehr geschädigt waren. Bei allen einigermaßen kräftigen Personen brachten einige Dosen Rizinusöl und Tannalbin die Krankheit zum Stillstand. Eine bakterielle oder parasitäre Grundlage konnte bei der mikroskopischen Stuhluntersuchung nicht gefunden werden, ausgenommen einige Amöbenbefunde, die aber hier keinerlei schwerwiegende Bedeutung zu haben scheinen.

Chirurgie.

Es waren zahlreiche kleinchirurgische Arbeiten notwendig, unter den größeren sind 2 Amputationen zu verzeichnen.

Die große Anzahl von Hieb- und Schnittwunden sind ohne weiteres erklärlich, da die Leute zur Gewinnung ihres Lebensunterhaltes auf fast ständige Arbeit im Busch angewiesen sind.

11. Bauliche Veränderungen.

An baulichen Veränderungen ist zu erwähnen die Abgrenzung des Meeresufers durch einen festen Steindamm, wodurch eine exakte Reinhaltung des Strandes ermöglicht und durch Beseitigung der üblen Ausdünstung des Strandes die Luft erheblich verbessert wird. Auch an Terrain wurde gewonnen. Die Arbeit wurde der Hauptsache nach von den Kranken selbst aufgeführt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 1.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen in Ponape, Ostkarolinen.

Iststärke: 46 Europäer, 11 Chinesen und Japaner, 4054 Farbige.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Windpocken	.	7	.	.	7	.	.	.	.
Epidemische Ohrenspeicheldrüsenentzündung	.	209	.	.	209	.	.	.	.
Pyämie (Septikämie)	.	3	.	.	.	.	.	3	.
Denguefieber	18	102	2	18	102	2	.	.	.
Malaria	3	38	.	3	38	.	.	.	.
Grippe	3	32	.	3	29	.	.	3	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	12	.	.	7	.	.	5	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Ruhr	.	32	.	.	29	.	.	3	.
Gelenkrheumatismus, akuter	.	8	.	.	8	.	.	.	.
» chronischer	.	.	1	.	.	.	.	.	.
Blutarmut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Skorbut	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Vergiftung durch Pflanzengifte	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Beriberi	.	3	1	.	3	1	.	.	.
Framboesie	.	131	.	.	131	.	.	.	.
Bösartige Geschwülste	.	3	.	.	.	.	.	1	.
Summe der Gruppe I	24	591	4	24	573	3	.	16	.
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Hüftnervenentzündung	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Neuralgie	1	3	1	1	3	1	.	.	.
Neuritis	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Nervöse Kopfschmerzen	.	121	.	.	121	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	1	126	1	1	125	1	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	162	.	.	162	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	3	146	.	3	146	.	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	.	22	.	.	21	.	.	1	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Asthma	.	15	.	.	13	.	.	2	.
Summe der Gruppe III	3	347	.	3	344	.	.	3	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Herzmuskelschwäche	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Krampfadern (mit Ausnahme von Krampfaderbruch)	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	.	53	.	.	50	.	.	3	.
Summe der Gruppe IV	.	55	.	.	50	.	.	4	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	85	.	.	84	.	.	.	.
Mandelentzündung	.	16	.	.	16	.	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	85	.	.	84	.	.	1	.
Krankheiten der Speicheldrüsen (mit Ausnahme der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung)	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	1	41	.	1	41	.	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	.	2	.		2	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	3	59	.	3	59	.	.	.	.
Chronischer Darmkatarrh	.	3	.	.	2	.	.	1	.
Summe der Gruppe V	5	291	.	5	288	.	.	2	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Blasenkatarrh	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Andere Blasenkrankheiten	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	1	4	.	1	4	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	8	11	.	8	11	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	.	28	.	.	28	.	.	.	.
Syphilis	.	91	.	.	73	.	.	.	.
Hodenverletzung	.	1		.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	8	131	.	8	113	.	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Kontagiöse Augenentzündung: Granulöser Katarrh	1	.	.	1	.	.	.	.	.
nichtansteckende:									
der Lider	.	55	.	.	54	.	.	.	.
der Bindehaut	.	714	.	.	713	.	.	.	.
der Hornhaut	.	14	.	.	14	.	.	.	.
der Linse	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Augenverletzung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	1	787	.	1	782	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	2	23	.	2	23	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	2	42	.	2	39	.	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	.	186	.	.	177	.	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	5	92	.	5	92	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	234	.	.	230	.	.	.	.
Panaritium	.	21	.	.	21	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Furunkel	4	126	.	4	126	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Tinea imbric.	1	126	1	1	87	1	.	.	.
Summe der Gruppe X	11	791	1	11	739	1	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Muskelrheumatismus	.	137	.	.	134	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	.	137	.	.	134	.	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Quetschung ohne äußere Wunde	.	27	.	.	27	.	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» » Unterarms	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» der Hand	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» des Fußes	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Verrenkung anderer Gelenke	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Schußwunden	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	304	.	.	304	.	.	.	.
Stichwunden	.	9	.	.	9	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	.	34	.	.	34	.	.	.	.
Bißwunden	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Verbrennung	.	10	.	.	10	.	.	.	.
Erfrierung (Frostschäden)	.	34	.	.	34	.	.	.	.
Rachenstachelverletzung	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Skorpionbiß	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	3	438	.	3	438	.	.	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Elefantiasis	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Ankylostomiasis	.	50	.	.	.	.	.	.	.
Ascariasis	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Oxyuris vermicularis	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	.	59	.	.	8	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Endometritis	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Menstruationsanomalie	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	.	4	.	.	3	.	.	1	.
XV. Andere Krankheiten.									
Allgemeine Körperschwäche	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Summe der Gruppe XV	.	1	.	.	.	.	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Summe der Gruppe I	24	591	4	24	573	3	.	16	.
» » » II	1	126	1	1	125	1	.	.	.
» » » III	3	347	.	3	344	.	.	3	.
» » » IV	.	55	.	.	50	.	.	4	.
» » » V	5	291	.	5	288	.	.	2	.
» » » VI	1	4	.	1	4	.	.	.	.
» » » VII	8	131	.	8	113	.	.	.	.
» » » VIII	1	787	.	1	782	.	.	.	.
» » » IX	2	42	.	2	39	.	.	.	.
» » » X	11	791	1	11	739	1	.	.	.
» » » XI	.	137	.	.	134	.	.	.	.
» » » XII	3	438	.	3	438	.	.	.	.
» » » XIII	.	59	.	.	8	.	.	.	.
» » » XIV	.	4	.	.	3	.	.	1	.
» » » XV	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Gesamtsumme	59	3 804	6	59	3 640	5	.	27	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage 2.

Die Ankylostomiasis.

Verhaltungsmaßregeln für die Eingeborenen*).

Die Wurmkrankheit ist eine sehr gefährliche Krankheit, da die Würmer im Darme nur vom Blute des Menschen leben. Erwachsene werden blaß, schlaff und matt, unfähig zu geistiger und körperlicher Arbeit. Kommt über solche Kranke noch eine andere Krankheit, so können sie dieselbe nur mit Mühe oder gar nicht überstehen, da die Würmer ja alles gesunde Blut fortgesaugt haben. Hat ein Mensch viel von diesen Würmern, die sehr klein und kaum sichtbar sind, so geht er schließlich an vollständiger Abmagerung und Kraftlosigkeit zugrunde, auch ohne daß er anderweitig erkrankt. Kinder bleiben in der Entwicklung zurück, sie bleiben klein von Körper und schwach im Kopfe, jede auch kleine Krankheit wird ihnen gefährlich.

Der Arzt kann die Krankheit heilen. Aber bevor der Mensch behandelt werden kann, muß man auch ganz genau wissen, ob er die Krankheit hat. Zu diesem Zwecke sieht der Arzt nach, ob der Stuhlgang auch Wurmeier enthält. Dieselben sind natürlich noch viel kleiner als die Würmer selbst und können mit bloßem Auge nicht mehr gesehen werden. Daher muß der Stuhlgang mit einem starken Vergrößerungsglase untersucht werden.

Wenn auch der Arzt die Krankheit heilen kann, so ist damit leider nur die Hälfte getan. Der gesund gewordene Mensch kann natürlich wieder durch andere angesteckt werden und ist dann genau so traurig daran wie vor der Kur. Um dies zu verhüten, müßt Ihr selbst mithelfen, sonst bringen wir diese gefährliche und ekelhafte Krankheit nicht aus dem Volke heraus; und wenn nichts geschieht, kann das Volk daran zugrunde gehen. Vorläufig ist die Krankheit bei Euch erst im Entstehen begriffen und noch nicht sehr weit verbreitet; deshalb sehen auch die Wurmkranken noch ziemlich gut aus. Infolgedessen wird es nicht schwer sein, die Krankheit noch zu unterdrücken. In Saipan z. B. sind von 100 Menschen bereits 95 krank; dort sind die Leute bereits sehr krank und heißt die schlimme Krankheit direkt die Saipankrankheit. Der Arzt kann nur heilen und Vorschriften geben, ein jeder aber muß selbst dafür sorgen, daß er als Kranker die Krankheit nicht auf andere überträgt und sich auch, wenn er gesund geworden, von anderen nicht mehr anstecken läßt. Dazu ist nötig, daß er alle Vorschriften genau befolgt. Jeder Häuptling soll darauf achten, daß seine Leute diese Vorschriften genau einhalten; die Eltern müssen die Kinder belehren und zur Reinlichkeit anhalten; jeder Wissende soll den, der noch nichts weiß von der Krankheit, belehren und ihn stets aufmerksam machen, wenn er die Anordnung nicht befolgt.

Es ist zu beachten: Die Würmer halten sich im Darm des Menschen auf und legen dortselbst Eier; diese Eier gelangen mit dem Stuhlgang

*) Das Merkblatt enthält den Wortlaut in Deutsch und in der Eingeborenensprache.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

auf die Erde, in jedem Stuhlgang sind viele Tausende von solchen Wurmeiern. Aus jedem Ei kriecht ein junges, kleines Würmchen heraus, das viele Monate im Wasser und auf feuchten Plätzen zu leben vermag. So oft diese Würmchen mit dem Menschen in Berührung kommen, bohren sie sich in seinen Körper ein — man merkt diesen Vorgang gar nicht — und wandern so lange im Körper umher, bis sie wieder in den Darm kommen; dort beißen sie sich fest, saugen wieder Blut und legen wieder Eier. Da die Würmer, wie gesagt, im Wasser leben, so können sie auch mit dem Wasser getrunken werden und so in den Darm gelangen. Der Mensch wird also hauptsächlich angesteckt durch Baden, Waschen in verunreinigtem Wasser und durch Trinken von solchem Wasser.

Wir müssen auf jede Art verhüten, daß diese Würmer in den Menschen zurückkehren. Dazu ist nötig:

1. Jedes Haus, das am Meere liegt, soll einen Abort besitzen, der stets von Meerwasser unterspült wird; das Meerwasser tötet in kurzer Zeit alle Eier und Würmer. Es ist notwendig, daß diese Aborte nicht mit Kot beschmutzt werden, denn sonst entwickeln sich die Eier innerhalb des Abortes selbst und stecken erst recht jeden an, der den Abort aufsucht. Sollte wider Willen einmal eine Beschmutzung vorkommen, so muß dieselbe sofort mit Seewasser tüchtig abgescheuert werden.

2. Liegen die Häuser nicht an der See, so ist es gut, ein kleines Häuschen zu errichten, in dem ein Kübel steht, der wenigstens alle 3 bis 4 Tage ganz blank geputzt werden muß.

Oder:

Es wird ein Häuschen über einer frisch ausgeworfenen Grube aufgestellt; alle 3—4 Tage wird die Grube mit Erde zugefüllt und eine neue gegraben, immer aber ist die Abortanlage in ziemlicher Entfernung vom Hause zu errichten. Die Grube kann vielleicht so groß sein wie ein gewöhnlicher Eimer oder ein Petroleumtin.

Oder:

Der Kot sollte sogleich ganz mit Erde zugedeckt werden.

Besonders gefährlich ist es:

1. den Kot abzusetzen auf Grasplätzen, weil im nassen Grase die Würmer sich gut entwickeln, namentlich in der Nähe von Wohnungen;
2. den Stuhlgang abzusetzen in der Nähe der Badestellen oder wo sich Tümpel befinden, in deren Nähe die Kinder spielen;
3. den Stuhlgang abzusetzen in der Nähe der Trinkwasserstellen.

Nur bei Befolgen dieser Vorschriften ist zu erwarten, daß die Krankheit ausstirbt, ohne größeren Schaden verursacht zu haben. Es ist notwendig, daß alle Eingeborenen nach und nach untersucht werden, und es ist am besten, wenn immer alle Bewohner eines Hauses kommen, die dann gleich miteinander behandelt werden können. Die Kur dauert 2—3 Tage, und können dann die Leute wieder nach Hause. Es ist gut, wenn die Häuptlinge das Haus bestimmen, das sich zu stellen hat. Die Häuptlinge werden verständigt, wenn ihr Stamm an der Reihe ist.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

C. Marshall-Inseln (Jaluit).

Berichterstatter Dr. Braunert übernahm den ärztlichen Dienst am 17. März 1912. Der Bericht ist nach hinterlassenen Aufzeichnungen des Vorgängers, Dr. Born, angefertigt worden.

Im zweiten und dritten Vierteljahr des Berichtsjahres herrschte eine ungewöhnliche Trockenheit, die eine große Knappheit an Wasser zur Folge hatte. Darunter litt die Behandlung der Hautkrankheiten, da warme Bäder nur in beschränkter Zahl gegeben werden konnten. Diesem Übelstande wird nunmehr abgeholfen, da 2 große Zisternen für den Kranken- und Poliklinikbetrieb im Bau begriffen sind.

Die von Dr. Born geplante Krankenhausanlage wurde im November 1911 auf dem Gelände in der Nähe der alten Leprastation zu bauen begonnen. Leider vernichtete ein Taifun den ziemlich vorgeschrittenen Bau im Januar 1912. Es wurde dann die Krankenhausanlage auf dem Gelände vor der Wohnung des Arztes am Oststrande der Insel aufgeführt. Zur Zeit sind 2 Gebäude nahezu fertig, die nach dem Plane als Krankenhäuser dienen sollen.

Mit dem Bau der zur Krankenhausanlage gehörigen Poliklinik ist noch nicht begonnen worden, da hinsichtlich des Platzes noch keine definitive Entscheidung getroffen ist.

Behandelt wurden im Etatsjahre 95 Europäer.

Todesfälle sind unter den ansässigen Europäern nicht zu verzeichnen; 1 Kind wurde geboren.

Im Dezember 1911 traf S. M. S. Cormoran von Apia ein und landete 7 an Typhus abdominalis erkrankte Leute, die ins Europäerhospital aufgenommen wurden. Davon starb einer an profuser Blutung aus den Schleimhäuten der Nase und des Mundes trotz Anwendung von Tamponade, Kochsalzinfusion und Gelatineinjektion. Glücklicherweise ist es gelungen, die Ausbreitung der Krankheit auf den Marshall-Inseln zu verhüten.

Ein weiterer trauriger Fall war die Erkrankung des hiesigen Polizeimeisters an Paranoia persecutoria.

Aus Gründen der öffentlichen Sicherheit wurde er auf der der Regierung gehörigen Insel Enibero in Gewahrsam gehalten, bis er am 28. Januar mit der »Germania« unter Begleitung nach Hause gesandt werden konnte.

An Eingeborenen wurden 1066 behandelt.

Von epidemieartig auftretenden Krankheiten wären zu bemerken:

1. Eine akute Conjunctivitis. Dieselbe trat in den ersten Tagen sehr stürmisch auf, heilte aber unter der üblichen 2% Argentumbehandlung glatt und reaktionslos ab.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2. Eine Ohrspeicheldrüsenentzündung. Dieselbe trat im großen und ganzen gutartig auf, war aber in einer ganzen Reihe von Fällen von einer sehr schmerzhaften Hodenentzündung begleitet.

3. Beriberi. Es erkrankten zuerst 5 Chinesen, von denen 4 starben. Leider aber griff diese Krankheit auch auf die bei der Jaluitgesellschaft angestellten Truckarbeiter über, von denen 13 erkrankten. Jedoch ist kein Todesfall vorgekommen. Die Erkrankten wurden isoliert gehalten.

4. Lepra. Es wurde ein 19jähriges Mädchen von der Insel Namo nach der Leprastation gebracht.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen der Marshall-Inseln.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Epidemische Ohrspeicheldrüsenentzündung	.	32	.	.	.	.	.	.	.
Unterleibstyphus	9	.	.	8	.	.	1	.	.
Malaria	3	.	.	.	.	.	.	.	.
Grippe	9	115	.	.	.	.	.	.	.
Tuberkulose	.	6	.	.	.	.	.	.	.
Gelenkrheumatismus, akuter	5	26	.	.	.	.	.	.	.
» chronischer	.	5	.	.	.	.	.	.	.
Gicht	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Blutarmut	.	4	.	.	.	.	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	1	.	.	.	.	.	.	.	.
» » tierische Gifte	.	21	.	.	.	.	.	.	.
Lepra	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Beriberi	.	13	5	.	.	.	.	.	4
Framboesie	.	27	.	.	.	.	.	.	.
Bösartige Geschwülste	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe I	27	252	5	8	.	.	1	.	4
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Erkrankungen im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Gehirn- (Rückenmark-) Erschütterung	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Andere Rückenmarkskrankheiten	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Nervenschwäche	.	15	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	1	27	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	1	2	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	59	.	.	.	.	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Asthma	.	22	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe III	1	90	.	.	.	.	.	.	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	3	1	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten d. Blutgefäßwandungen	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Hämorrhoiden	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Venenentzündung	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	.	6	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	5	11	.	.	.	.	.	.	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	22	.	.	.	.	.	.	.
Zungenentzündung	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Mandelentzündung	1	3	.	.	.	.	.	.	.
Rachenentzündung	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	1	6	.	.	.	.	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	1	12	.	.	.	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	1	43	.	.	.	.	.	.	.
Chronischer Darmkatarrh	2	36	.	.	.	.	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Darm-, Blinddarmentzündung	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	7	130	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Blasenkatarrh	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Verengerung der Harnröhre	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Wasserbruch	1	2	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	3	5	.	.	.	.	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	9	33	.	.	.	.	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	1	14	.	.	.	.	.	.	.
Weicher Schanker	5	11	.	.	.	.	.	.	.
Bubo	3	3	.	.	.	.	.	.	.
Syphilis	3	105	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	21	166	.	.	.	.	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten									
ansteckende									
Akute Blennorrhoe	.	58	.	.	.	.	.	.	.
Tripperblennorrhoe	.	3	.	.	.	.	.	.	.
nicht ansteckende:									
der Bindehaut	1	5	.	.	.	.	.	.	.
der Augenmuskeln	1	.	.	.	.	.	.	.	.
der Hornhaut	.	5	.	.	.	.	.	.	.
der Regenbogenhaut	1	7	.	.	.	.	.	.	.
der Linse	.	3	.	.	.	.	.	.	.
des Sehnerven und der Netzhaut	.	3	.	.	.	.	.	.	.
des Brechungs- und Einstellungsvermögens	1	2	.	.	.	.	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	7	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	4	93	.	.	.	.	.	.	.
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten der Ohrmuschel	1	1	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten des äußeren Gehörganges	2	6	.	.	.	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	8	.	.	.	.	.	.	.
Schwerhörigkeit	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IX	3	16	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Akute Hautkrankheiten	6	15	.	.	.	.	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	2	134	.	.	.	.	.	.	.
Panaritium	.	7	.	.	.	.	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	4	7	.	.	.	.	.	.	.
Furunkel	3	14		.	.	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	.	6	.	.	.	.	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	1	2	.	.		.	.	.	.
Summe der Gruppe X	16	185	.	.	.	.	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Fußgeschwulst	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	1	47	.	.	.	.	.	.	.
Krankheiten der Schleimbeutel	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	1	50	.	.	.	.	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Knochenbruch des Schulterblattes	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Verrenkung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	1	.	.	.	.	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Verbrennung	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Andere Verletzungen	3	23	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XII	5	27	.	.	.	.	.	.	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Krankheiten dieser Gruppe	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	.	1	.	.	.	.	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Gonorrhoe	.	4	.	.	.	.	.	.	.
Schwangerschaftsbeschwerden	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Endometritis	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Blasenscheidenfistel	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Dysmenorrhoe	.	3	.	.	.	.	.	.	.
Vaginoanalfistel	.	1	.	.	.	.	.	.	.
Partus	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	1	13	.	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	27	252	5	.	.	.	.	.	.
» II	1	27	.	.	.	.	.	.	.
» III	1	90	.	.	.	.	.	.	.
» IV	5	11	.	.	.	.	.	.	.
» V	7	130	.	.	.	.	.	.	.
» VI	3	5	.	.	.	.	.	.	.
» VII	21	166	.	.	.	.	.	.	.
» VIII	4	93	.	.	.	.	.	.	.
» IX	3	16	.	.	.	.	.	.	.
» X	16	185	.	.	.	.	.	.	.
» XI	1	50	.	.	.	.	.	.	.
» XII	5	27	.	.	.	.	.	.	.
» XIII	.	1	.	.	.	.	.	.	.
» XIV	1	13	.	.	.	.	.	.	.
Gesamtsumme	95	1066	5	.	.	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

D. Palau-Inseln (Angaur).

Berichterstatter: Dr. Evers.

Allgemeines.

1. Sanitätspersonal. 1 Arzt, zugleich Regierungsarzt für die Palau-Inseln und Arzt der Deutschen Südseephosphat-Gesellschaft (Wohnsitz Angaur), 3 farbige Lazarettgehilfen.

2. Hospital der D. S. H. in Angaur.

3. Unterkunft der Europäer in Einzelhäusern, der Farbigen in Baracken.

4. Verpflegung der weißen Bevölkerung erfolgt, soweit dieselbe nicht eigenen Hausstand führt, durch die Messe der D. S. H. Verpflegung der Farbigen durch große allgemeine Küche der D. S. H.

5. Wasserversorgung erfolgt durch Regenwasser, das in Tanks aufgefangen wird. Für den Notfall bestehen 2 Brunnen am Südende der Insel.

6. Latrinen sind für die europäische Bevölkerung teils am Ufer errichtet, teils in Gestalt tiefer Gruben bei den Häusern.

Für die Eingeborenen bestehen außer einer großen Abortanlage gegenüber den Baracken, die mit Wasserspülung nach der See versehen ist, noch Abortanlagen an den verschiedenen Arbeitsplätzen sowie beim Hospital.

7. Die Toten werden auf einem Begräbnisplatz im Süden der Insel beerdigt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage.

Nachweisung

über die kranken Europäer und Farbigen im Bezirk der Palau-Inseln.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Windpocken	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Rose	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Malaria	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	22	.	.	.	.	.	5	.
Ruhr	5	18	4	5	16	3	.	2	1
Zuckerkrankheit	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Sonnenstich	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Lepra	.	15	.	.	.	.	.	2	.
Beriberi	.	4	.	.	2	.	.	2	.
Framboesie	.	23	.	.	23	.	.	.	.
Missillepik	8	494	12	8	488	12	.	6	.
Summe der Gruppe I	16	583	16	15	536	15	.	17	1
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Hüftnervenentzündung	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Summe der Gruppe II	.	12	.	.	12	.	.	.	.
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	1	8	.	1	8	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Akuter Bronchialkatarrh	.	72	15	.	72	15	.	.	.
Akute Lungenentzündung	.	16	.	.	13	.	.	3	.
Lungenblutung (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	.	5	.	.	2	.	.	3	.
Summe der Gruppe III	1	108	15	1	102	15	.	6	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Entzündung des Herzbeutels	.	3	.	.	.	.	.	3	.
Erkrankung der Herzklappen	.	6	.	.	.	.	.	.	.
Nervöse Störung der Herztätigkeit	1	.	.	.	.	.	.	.	.
Hämorrhoiden	2	.	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe IV	3	9	.	.	.	.	.	3	.
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	.	28	6	.	28	6	.	.	.
Mandelentzündung	3	12	.	3	12	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	.	.	5	.	.	5	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	.	106	13	.	106	13	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	.	3	.	.	2	.	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	.	1	.	.	.	.	.	1	.
Summe der Gruppe V	3	150	24	3	148	24	.	1	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Blasenkatarrh	3	4	.	3	4	.	.	.	.
Krankheiten der Eichel und Vorhaut	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Wasserbruch	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	3	18	.	3	18	.	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	3	15	2	3	15	2	.	.	.
Bubo	.	8	.	.	8	.	.	.	.
Syphilis	.	14	.	.	13	.	.	.	.
Summe der Gruppe VII	3	37	2	3	36	2	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten.									
Ansteckende akute Blennorrhoe	.	58	.	.	58	.	.	.	.
Augenkrankheiten der Hornhaut	.	3	.	.	3	.	.	.	.
» » Linse	.	2	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	.	63	.	.	61	.	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten des äußeren Gehörganges	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	.	6	.	.	5	.	.	1	.
Summe der Gruppe IX	1	6	.	1	5	.	.	1	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Akute Hautkrankheiten	5	38	6	5	38	6	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	.	15	.	.	13	.	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	.	49	13	.	49	13	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Gutartige Geschwülste	.	5	.	.	5	.	.	.	.
Summe der Gruppe X	5	110	19	5	108	19	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Muskelrheumatismus	3	25	7	3	25	7	.	.	.
Muskelzerrung	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	3	33	7	3	33	7	.	.	.
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Quetschung ohne äußere Wunde	.	8	3	.	8	3	.	.	.
Knochenbruch des Unterarms	.	1	1	.	1	1	.	.	.
» der Hand	.	5	.	.	5	.	.	.	.
» des Fußes	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» » Schlüsselbeins	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	.	3	.	.	3	.	.	.	.
Verstauchung der Gelenke der unteren Gliedmaßen	.	15	3	.	15	3	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	48	7	.	48	7	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	.	22	4	.	22	4	.	.	.
Verbrennung	.	6	3	.	6	3	.	.	.
Summe der Gruppe XII	.	110	21	.	110	21	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	1	5	.	.	.	.	.	.	.
Ankylostomiasis	.	8	.	.	8	.	.	.	.
Bandwurm	2	.	.	2	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	3	13	.	2	8	.	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Vorgetäuschte Krankheiten	.	24	.	.	.	.	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	24	.	.	.	.	.	.	.

Zusammenstellung.

Gruppe I	16	583	16	15	536	15	.	17	1
» II	.	12	.	.	12	.	.	.	.
» III	1	108	15	1	102	15	.	6	.
» IV	3	9	.	.	.	.	.	3	.
» V	3	150	24	3	148	24	.	1	.
» VI	3	18	.	3	18	.	.	.	.
» VII	3	37	2	3	36	2	.	.	.
» VIII	.	63	.	.	61	.	.	.	.
» IX	1	6	.	1	5	.	.	1	.
» X	5	110	19	5	108	19	.	.	.
» XI	3	33	7	3	33	7	.	.	.
» XII	.	110	21	.	110	21	.	.	.
» XIII	3	13	.	2	8	.	.	.	.
» XV	.	24	.	.	.	.	.	.	.
Summe	41	1 276	104	36	1 177	103	.	28	1

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

VII. Samoa.

Berichterstatter: Regierungsarzt Dr. Glantz.

Allgemeines.

1. Sanitätspersonal.

Die Leitung des regierungsärztlichen Dienstes in dem Schutzgebiet lag während des größten Teiles dieses Jahres in Händen des Regierungsarztes, Stabsarzt Dr. Poleck, welcher nach 3jähriger Dienstperiode im Dezember 1911 nach Deutschland zurückkehrte. Nachdem die Vertretung des Regierungsarztes vorübergehend von dem Arzt der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft geführt worden war, übernahm Unterzeichneter am 1. März 1912 die Geschäfte des Regierungsarztes. Berichterstatter wurde vom Reichskolonialamt als Spezialarzt für Augenkrankheiten mit der Aufgabe der Erforschung und Bekämpfung der Augenkrankheiten in Samoa betraut, verpflichtete sich jedoch zur Wahrnehmung des regierungsärztlichen Dienstes bis zum Eintreffen des für die Kolonie ausersehenen Regierungsarztes.

Es sind im Schutzgebiete noch ein Arzt der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft und ein von den Pflanzern, welche chinesische Kontraktarbeiter beschäftigen, verpflichteter Arzt tätig. Alle sind in Apia ansässig.

Die Versorgung mit Arzneimitteln liegt in Händen eines in Apia ansässigen Privatapothekers, mit dem seitens des Gouvernements ein Vertrag abgeschlossen wurde. Kleinere Medikamentenausrüstungen befinden sich in den Händen der größeren Pflanzungen und Missionsanstalten. In Savaii versorgt Herr Amtmann Williams und einige Missionsanstalten durch das Gouvernement die Eingeborenen mit Medikamenten.

Was das Unterpersonal anbetrifft, so ist im Regierungshospital ein Hospitalverwalter wohnhaft. Derselbe ist in der Poliklinik tätig, beaufsichtigt die angestellten Hospitalarbeiter (Chinesen), welche Arbeiten in Küche und Baracken zu besorgen haben. Ferner führt der Hospitalverwalter die schriftlichen Arbeiten und die Aufsicht über Proviant.

Für Krankenpflege und Küchenleitung sind 2 Schwestern im Hospital wohnhaft, welche einander in diesen beiden Aufgaben in bestimmten Zwischenräumen ablösen. Die eine Schwester ist als Hebamme ausgebildet und hat eine 14tägige Unterweisung in der Augenheilkunde in der Universitätsaugenklinik zu Kiel genossen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Als weiteres Hilfspersonal im Hospital sind 2 samoanische Heilgehilfen zu erwähnen.

Als Dolmetscher mit den Chinesen dient ein chinesischer Heilgehilfe, welcher durch sein vielseitiges Sprachentalent und geschickte, sparsame Verbände eine tüchtige Stütze ist.

2. Sanitäre Einrichtungen.

Das anmutig in einem Kokosnußhaine gelegene Hospitalgebäude, welches, in moderner Weise eingerichtet, allen Anforderungen des Schutzgebietes entspricht, zerfällt in den nördlichen Flügel, welcher 7 Räume zur Aufnahme kranker Weißer und außerdem die Wohnräume der Schwestern enthält. An diesen Flügel schließt sich auf der Rückseite die Küche mit Provianträumen usw. an. Der durch einen überdachten Gang mit dem nördlichen Flügel verbundene südliche Flügel enthält die Räume der Poliklinik, Laboratorium und im ersten Stockwerk die Wohnung des Hospitalverwalters. Die poliklinischen Räume zeichnen sich durch ihre Luftigkeit und Geräumigkeit aus. Ein zwischen beiden Flügeln gelegener Operationssaal genügt den Anforderungen vorzüglich. Mustergültig mag die Einrichtung und Ausrüstung des bakteriologischen Laboratoriums genannt werden.

Außer dem Regierungshospital befindet sich in Apia ein Hospital der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft zur Behandlung von melanesischen Arbeitern. Dasselbe ist durch den Bau einer Baracke in diesem Jahre vergrößert worden, außerdem wurde ein neues Hospitalgebäude an Stelle des alten errichtet. Etwas weiter entfernt von Apia in $^3/_4$ Stunden zu erreichen, in Papasea, haben die vereinigten Pflanzungsgesellschaften ein gemeinsames Hospital zur Aufnahme ihrer kranken chinesischen Kontraktarbeiter gegründet, welches Raum für etwa 50 Kranke bietet. Ein zweites Chinesenhospital ist von der Deutschen Samoagesellschaft in Tuanimato, unweit des ersteren, eingerichtet worden. Weitere kleinere Hospitaleinrichtungen fanden sich in Salnafata mit 15—18 Betten Belegung unter Aufsicht eines Heilgehilfen und in Vaice.

Unterkunft für Europäer und Farbige. Während der Unterkunft für Europäer im Regierungshospital der nördliche Flügel mit 7 geräumigen Krankenräumen dient, sind die farbigen Kranken in geräumigen Häusern untergebracht, welche, vom Hauptgebäude getrennt, eine zweite Flucht diesem parallel bilden. Von diesen dienen 4 Samoahäuser der Behandlung von Samoanern, welche stets in Begleitung fast der ganzen Familie das Haus beziehen. Ferner dient ein gut ventiliertes, hohes Gebäude der Aufnahme von kranken Chinesen, deren Belegzahl in Notfällen auf 50 Kranke zu steigern wäre. Daneben dient eine Isolierbaracke für die gleiche Anzahl Kranker. 4 separate verschlußsichere Räume sind für Gefangene vorgesehen.

Verpflegung. Die Verpflegung der Kranken ist der verschiedenartigen Bevölkerung angepaßt. Während die Europäerküche unter

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Leitung einer der beiden Schwestern für die Weißen, bzw. Halbweißen und die im Hospital wohnhaften Angestellten sorgt, haben die Samoaner für ihre Verpflegung selber Sorge zu tragen. Zu diesem Zwecke befindet sich ein samoanisches Kochhaus in der Nähe der Samoahäuser. Sie haben pro Tag 1 ℳ an das Hospital für den Aufenthalt zu entrichten; Operationen werden extra berechnet. Die Chinesenkost wird in einer besonderen Küche, zwischen beiden Baracken gelegen, zubereitet. In schweren Fällen und zumal bei Krankheiten, welche eine besonders kräftige Ernährung erfordern (Beriberi), wird die einseitige Chinesenküche durch Zuwendung kräftigerer Speisen aus der Europäerküche ergänzt. Die Einteilung der weißen Patienten geschieht je nach Unterkunft in 3 Klassen, deren Raten pro Tag mit 12 ℳ, 10 ℳ und 6 ℳ bemessen sind.

Wasserversorgung. Die Wasserversorgung des Regierungshospitals ist wie diejenige Apias überhaupt von Niederschlägen abhängig; und zwar wird das Regenwasser in großen eisernen bzw. Wellblechtanks gesammelt und teilweise durch Leitungen seinen Verwendungsorten zugeführt. Nur die Küche, Badeeinrichtung und Klosettanlagen sind von dieser Sammelmethode unabhängig, indem sie durch ein Pumpwerk aus einer in der Nähe gelegenen Quelle versorgt werden.

Abfuhrwesen. Die Abfuhr der Fäkalien findet vermittels Wasserrohres in eine gemeinsame Senkgrube statt, die nach Bedarf gereinigt wird. Die Aborte der Samoaner und Chinesen sind voneinander getrennt, es ist das Grubensystem in Anwendung. Zu erwähnen ist hier die Errichtung von Aborten für Eingeborene in einzelnen Dörfern Upolus, in denen die Ankylostomiasis einen breiten Umfang angenommen hat, welche in diesem Jahre auf Gouvernementskosten vorgenommen wurde.

Boden. Sümpfe befinden sich in der Umgebung Apias in ziemlich ausgedehntem Maße, ihre Trockenlegung steht zum Teil mit dem den Eingeborenen als Hauptnahrungsmittel dienenden Anbau von Taropflanzen, welche zu ihrem Wachstum Sumpfboden beanspruchen, in Widerspruch. Brakwasser enthaltende Mangrovensümpfe werden durch Zuschüttungen zur Anpflanzung von Kokospalmen mehr und mehr zurückgedrängt.

Begräbniswesen. Das Begräbniswesen hat im letzten Jahre erfreuliche Fortschritte in sanitärer Hinsicht gemacht, indem mehr und mehr Dörfer ihren gemeinsamen Kirchhof erhalten haben, und die alte Sitte der Samoaner, ihre Toten in der Nähe ihres Wohnhauses zu bestatten, diesem in hygienischer wie ökonomischer Hinsicht zweckmäßigeren Standpunkt Platz gemacht hat. Während für die Beerdigung der Chinesen ein Chinesenkirchhof angelegt worden ist, findet die Beerdigung der melanesischen Arbeiter der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft auf einem Grundstück hinter dem Hauptgebäude statt.

Organisation des Sanitätswesens. An sanitären Verordnungen ist die Aufhebung der Quarantänemaßnahmen gegenüber der

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

von Aukland drohenden Pestgefahr zu erwähnen, die im Juli erfolgte, nachdem die Mitteilungen der Neuseeländer Behörde seit Wochen günstig gelautet hatten.

Da die Apia anlaufenden Dampfer einerseits auf den Fidjiinseln, anderseits auf Toga einer eingehenden hafenärztlichen Kontrolle unterworfen werden, erübrigt sich die Sorge vor der Einschleppung infektiöser Erkrankungen um ein bedeutendes.

Seuchenbekämpfung. In der Frage der Seuchenbekämpfung kam kein aktives Vorgehen während des Jahres in Betracht, abgesehen von der Schutzpockenimpfung, welche in dem ersten Vierteljahr an dem Rest der noch nicht der Erstimpfung unterworfenen Bevölkerung vorgenommen wurde. Es betrug deren Zahl etwa 5 000 Personen, die durchweg mit bestem Erfolg geimpft wurden. Somit kann das ganze samoanische Volk als durchgeimpft bezeichnet werden, abgesehen von den Nachgeborenen seit Beginn der Impfung.

3. Bevölkerungsstatistik.

Die Berichterstattung der samoanischen Selbstverwaltung meldet für das Kalenderjahr 1911:

	Iststärke	Geburten	Sterbefälle	Geburtenüberschuß
Upoln-Manono Apolima	21 182	803	1 042	— 239
Savaii	12 373	633	913	— 270

Krankenbewegung. Während der Zugang an kranken Weißen um 25,48 % zurückgegangen ist gegen das Vorjahr, hat sich der Zugang der farbigen Bewohner ungefähr auf der gleichen Höhe wie im Vorjahr gehalten. Die Krankenbewegung geht aus folgender Statistik hervor:

	Für das Berichtsjahr 1910 vom 1.4.1910 bis 31.3.1911		Für das Berichtsjahr 1911 vom 1.4.1911 bis 31.3.1912	
	Weiße	Mischlinge, Samoaner, Chinesen, Japaner	Weiße	Mischlinge, Samoaner, Chinesen, Japaner
a. Krankenzugang				
Durchschnittliche Iststärke	504	36 671	512	37 496
Bestand	7	9	7	17
Zugänge	280	1 468	154	1 516
Behandlungstage	1 591	5 940	1 078	5 811
Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	55,56 %	4 %	30,08 %	4,04 %
b. Abgang				
Geheilt	222	1 091	120	1 404
Gestorben	2	2	2	8
Anderweitig	49	358	24	102
Bestand bleiben	7	17	8	2

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

4. Kasuistik.

1 Fall einer nicht sehr weit vorgeschrittenen Ankylostomiasis eines 8 jährigen Mädchens mit dem Blutbild einer perniziösen Anämie.

1 Fall aufgebrochener Gummata an beiden Beinen. Lokale Anwendung von 5% Jodkalilösung durch hineinreiben der Flüssigkeit in die Fistelgänge und Buchten der Geschwüre zeigte sehr günstige Wirkung. Innerlich konnte Jodkali wegen der weit vorgeschrittenen Schwangerschaft nicht gegeben werden.

1 Fall biliöser Pneumonie bei einem Samoaner.

1 Fall von Streptothrichosis bei gutartigen pneumonischen Prozessen eines Tonga-Jungen. Kulturversuche der Streptothrixart waren vergeblich.

Ein neuer Darmparasit bei einem samoanischen Knaben. Es war kein Trichonorras, auch nicht der von Herrn v. Prowazck jüngst beschriebene samoanische Flagellat. (A. f. Sch. u. T. H. XIII, 1911.) sondern wohl ein neuer. Keine der Abbildungen der Polymastigina-Flagellaten, wie sie bei Braun beschrieben sind, paßte auf diesen Flagellaten.

1 Fall einer seit 3 Jahren beobachteten hereditären Lues bei einem Mischling; verstümmelnde, vieljährige, immer wieder aufbrechende, auf große Jodkalidosen kaum reagierende, tiefgreifende Hautgeschwüre am Fuß. Der verzweifelnde Patient hatte sich Amputation und ausländischer (Fiji) Behandlung unterzogen. 0,3 Hatainjektion nach Alt. Innerhalb von 5 Wochen unter Unterstützung lokaler Behandlungsmethoden und vorübergehender erneuter Jodkali- und Calomel-Behandlung Abheilung unter Bildung fester glatter Narben.

1 Fall von Blastomycose der Haut am linken Unterarm einer Samoanerin, kleines, seit einem Jahre bestehendes, juckendes, auch schmerzendes Geschwür. 3 kleine Fistelgänge, die in den Geschwürsgrund münden. Kulturversuche auf Kartoffeln negativ.

1 Fall von myelogener Leukämie bei einem schwarzen Jungen der deutschen Handels- und Plantagengesellschaft bei sehr großer Milz und vergrößerter Leber.

6 Fälle von »Typhoiden« bei Weißen, die unter dem klinischen Bilde des Typhus verliefen und nach 1—2 monatlichem Aufenthalt das Hospital geheilt verließen. Die zur Zeit angestellten Untersuchungsmethoden ließen keine sichere Diagnose stellen. Die vorgenommenen Sektionen an 2 bald eingegangenen schwarzen Jungen der Deutschen Handels- und Plantagengesellschaft haben bewiesen, daß im Dünndarme die typischen pathologisch-anatomischen Veränderungen, die der Typhusbazillus Eberth setzt, anzutreffen sind. Ein Zweifel, daß Typhus Eberth hier in Samoa auch heimisch ist, kann also nicht mehr bestehen.

Es wurden 2 Laparatomieen ausgeführt, die eine wegen eines mannskopfgroßen Myoms (Supravaginale Amputation), die andere wegen Tubargravidität. Beide Fälle wurden geheilt entlassen.

Zu den 7 bekannten Leprafällen ist kein neuer hinzugekommen.

1 Fall von Lues bei einem Weißen, bei dem sich auf eine intramuskuläre Hatainjektion eine Peronäuslähmung entwickelt hatte, welche zur Zeit noch stationär geblieben ist.

Neben zahlreichen leichten und mittleren Fällen von Dysenterie ist ein sehr schwerer Fall bei einem jungen Deutschen erwähnenswert, der offenbar wochenlang verschleppt war und mit sehr schlechter Prognose Aufnahme im Hospital fand. Auch dieser Fall gelangte jedoch zur Heilung. Ein definitives Urteil über die Art des hiesigen Dysenterieerregers ist bis heute noch nicht zu fällen.

Das Menschenmaterial, welches die größeren Pflanzungsgesellschaften aus China bzw. Neuguinea und umliegenden Inseln importierten, war in gesundheitlicher Beziehung im allgemeinen noch zufriedenstellend. Unter den 1 613 chinesischen Kontraktarbeitern auf Samoa wurden 20 Todesfälle gemeldet, darunter 4 an Beriberi und 5 infolge Herzerkrankungen.

Unter den 742 melanesischen Arbeitern, welche die Deutsche Handels- und Plantagengesellschaft importierte, wurden dagegen 81 Todesfälle gemeldet, darunter 31 an Dysenterie, 10 an Lungenentzündung und 20 an Lungentuberkulose.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anlage.

Nachweisung

über die kranken Europäer, Farbigen und Chinesen im Schutzgebiet Samoa

für das Jahr vom 1. April 1911 bis 31. März 1912.

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.									
Masern (Röteln)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Rose	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Unterleibstyphus	4	.	.	4	.	.	.	.	.
Malaria	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Grippe	.	.	2	.	.	2	.	.	.
Tuberkulose der Luftwege und Lungen	.	8	5	.	8	5	.	.	.
Tuberkulose der Knochen und Gelenke	.	6	.	.	6	.	.	.	.
Tuberkulose anderer Organe	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Ruhr (Dysenterie)	9	21	5	9	21	5	.	.	.
Gelenkrheumatismus, akuter	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Gelenkrheumatismus, chronischer	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Gicht	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Blutarmut	.	.	8	.	.	8	.	.	.
Vergiftung durch Alkohol	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Beriberi	.	.	6	.	.	3	.	.	3
Framboesie	.	122	6	.	122	6	.	.	.
Bösartige Geschwülste	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere allgemeine Erkrankungen	6	20	11	6	20	11	.	.	.
6-Tage-Fieber	13	6	18	13	6	18	.	.	.
Summe der Gruppe I	36	191	62	36	191	59	.	.	3
II. Krankheiten des Nervensystems.									
Geisteskrankheiten	1	3	2	1	2	2	.	1	.
Erkrankung im Gebiete einzelner Nervenbahnen	.	1	1	.	1	1	.	.	.
Krankheiten des Gehirns	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Hüftnervenentzündung	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Hysterie	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Andere Krankheiten des Nervensystems	2	3	.	2	3	.	.	.	.
Neurasthenie	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Neuralgie	2	6	2	2	6	2	.	.	.
Summe der Gruppe II	6	16	5	6	15	5	.	1	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
III. Krankheiten der Atmungsorgane.									
Krankheiten der Nase und der Nebenhöhlen	.	8	.	.	8	.	.	.	.
Akuter Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrh	.	7	.	.	7	.	.	.	.
Andere Krankheiten der ersten Luftwege und Stimmwerkzeuge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	2	4	.	2	3	.	.	1	.
Akuter Bronchialkatarrh	3	82	83	3	82	83	.	.	.
Chronischer Katarrh der Luftwege	2	30	20	2	30	20	.	.	.
Akute Lungenentzündung	2	11	.	.	10	.	2	1	.
Brustfellentzündung und Ausgänge (mit Ausnahme tuberkulöser Erkrankungen)	1	1	.	1	1	.	.	.	.
Asthma	.	1	1	.	1	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Atmungsorgane	.	9	2	.	9	2	.	.	.
Summe der Gruppe III	10	153	106	8	151	106	2	2	.
IV. Krankheiten der Kreislaufs- und blutbereitenden Organe.									
Herzmuskelschwäche	1	1	6	1	1	5	.	.	1
Nervöse Störung der Herztätigkeit	4	.	3	4	.	3	.	.	.
Andere Herzkrankheiten	.	.	2	.	.	2	.	.	.
Entzündung der Lymphgefäße	1	2	1	1	2	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Krankheiten der Lymphdrüsen (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von Bubo)	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Perniziöse Anämie	1	2	.	1	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe IV	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Summe der Gruppe IV	7	7	14	7	7	13	.	.	1
V. Krankheiten der Ernährungsorgane.									
Krankheiten der Kiefer und Zähne	1	17	13	1	17	13	.	.	.
Mandelentzündung	1	1	7	1	1	7	.	.	.
Andere Mund- und Rachenkrankheiten	.	4	.	.	4	.	.	.	.
Akuter Magenkatarrh	2	16	28	2	16	28	.	.	.
Chronischer Magenkatarrh	7	4	.	7	4	.	.	.	.
Akuter Darmkatarrh	11	41	100	11	41	100	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Chronischer Darmkatarrh	4	16	1	4	16	1	.	.	.
Unterleibsbrüche (mit Ausnahme von eingeklemmten Brüchen)	1	1	1	1	1	1	.	.	.
Krankheiten der Leber und deren Ausführungsgänge	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Krankheiten des Mastdarms (mit Ausnahme von Hämorrhoiden)	.	2	1	.	2	1	.	.	.
Andere Krankheiten der Ernährungsorgane	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe V	28	103	151	28	103	151	.	.	.
VI. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane mit Ausnahme der venerischen.									
Nierenentzündung	1	2	1	1	2	1	.	.	.
Wasserbruch	.	2	.	.	2	.	.	.	.
Andere Krankheiten der Gruppe VI	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe VI	1	5	1	1	5	1	.	.	.
VII. Venerische Krankheiten.									
Tripper	.	3	5	.	3	5	.	.	.
Hoden- und Nebenhodenentzündung	3	1	6	3	1	6	.	.	.
Feigwarzen	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Weicher Schanker	.	1	1	.	1	1	.	.	.
Bubo	.	4	1	.	4	1	.	.	.
Syphilis (Lues)	1	27	1	1	27	1	.	.	.
Summe der Gruppe VII	4	36	15	4	36	15	.	.	.
VIII. Augenkrankheiten,									
ansteckende:									
Chronische Blennorrhöe	.	1	.	.	1	.	.	.	.
nicht ansteckende:									
der Lider	.	3	7	.	3	7	.	.	.
der Bindehaut	4	40	5	4	40	5	.	.	.
der Tränenorgane	.	1	1	.	1	1	.	.	.
der Hornhaut	.	6	1	.	6	1	.	.	.
der Regenbogenhaut	.	1	.	.	1	.	.	.	.
der Linse	.	2	1	.	2	1	.	.	.
der Sehnerven und der Netzhaut	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Andere Augenkrankheiten	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Epitheliosis desquamat	1	17	1	1	17	1	.	.	.
Summe der Gruppe VIII	5	72	17	5	72	17	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
IX. Ohrenkrankheiten.									
Krankheiten der Ohrmuschel	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Krankheiten des äußeren Gehörganges	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Akute Mittelohrentzündung	2	11	3	2	11	3	.	.	.
Chronische Mittelohrentzündung	1	17	3	1	17	3	.	.	.
Andere Krankheiten des mittleren und inneren Ohres	1	3	2	1	3	2	.	.	.
Andere Ohrenkrankheiten	.	.	2	.	.	2	.	.	.
Summe der Gruppe IX	4	32	11	4	32	11	.	.	.
X. Krankheiten der äußeren Bedeckungen.									
Krätze	.	21	9	.	21	9	.	.	.
Akute Hautkrankheiten	2	10	4	2	10	4	.	.	.
Chronische Hautkrankheiten	3	14	17	3	14	17	.	.	.
Unterschenkelgeschwür	3	18	41	3	18	41	.	.	.
Panaritium	1	2	3	1	2	3	.	.	.
Zellgewebsentzündung und Ausgänge	2	4	9	2	4	9	.	.	.
Furunkel	4	17	22	4	17	22	.	.	.
Gutartige Geschwülste	1	6	3	1	6	3	.	.	.
Andere Krankheiten der äußeren Bedeckungen	2	12	25	2	12	25	.	.	.
Summe der Gruppe X	18	104	133	18	104	133	.	.	.
XI. Krankheiten der Bewegungsorgane.									
Knochenhautentzündung	.	1	2	.	1	2	.	.	.
Akute Gelenkentzündung (mit Ausnahme tuberkulöser und mit Ausnahme von akutem Gelenkrheumatismus)	.	6	3	.	6	3	.	.	.
Gelenkmaus	.	1	1	.	1	1	.	.	.
Fußgeschwulst	.	1	2	.	1	2	.	.	.
Muskelrheumatismus	3	27	55	3	27	55	.	.	.
Muskelzerrung	.	.	2	.	.	2	.	.	.
Andere Krankheiten der Muskeln	.	.	1	.	.	1	.	.	.
Sehnenscheidenentzündung	1	3	.	1	3	.	.	.	.
Summe der Gruppe XI	4	39	66	4	39	66	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheitsbezeichnung	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.									
Wundlaufen	.	.	8	.	.	8	.	.	.
Quetschung ohne äußere Wunde	.	.	2	.	.	2	.	.	.
Knochenbruch des Oberarms	.	1	.	.	1	.	.	.	.
» » Fußes	1	.	.	1	.	.	.	.	.
» » Kopfes	.	2	.	.	1	.	.	1	.
Verstauchung der Gelenke der oberen Gliedmaßen	1	.	2	1	.	2	.	.	.
Hieb- und Schnittwunden	.	11	21	.	11	21	.	.	.
Stichwunden	1	7	12	1	7	12	.	.	.
Riß- und Quetschwunden	1	23	99	1	23	99	.	.	.
Verbrennung	.	2	1	.	2	1	.	.	.
Andere Verletzungen	1	5	21	1	5	21	.	.	.
Summe der Gruppe XII	5	51	166	5	50	166	.	1	.
XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.									
Filariasis	6	39	1	6	39	1	.	.	.
Ankylostomiasis	1	11	9	1	11	9	.	.	.
Andere Krankheiten dieser Gruppe	1	.	.	1	.	.	.	.	.
Ringwurm	1	4	16	1	4	16	.	.	.
Summe der Gruppe XIII	9	54	26	9	54	26	.	.	.
XIV. Frauenkrankheiten und Geburten.									
Partus	14	3	.	14	3	.	.	.	.
Menstruationsbeschwerden	.	12	.	.	12	.	.	.	.
Andere Frauenkrankheiten	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Summe der Gruppe XIV	14	16	.	14	16	.	.	.	.
XV. Andere Krankheiten.									
Allgemeine Körperschwäche	.	1	.	.	1	.	.	.	.
Zur Beobachtung	.	3	11	.	3	11	.	.	.
Summe der Gruppe XV	.	4	11	.	4	11	.	.	.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Zusammenstellung.

	Im ganzen behandelt (Bestand + Zugang)			Abgang					
				geheilt			gestorben		
	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen	Europäer	Farbige	Chinesen
Gruppe I	36	191	62	36	191	59	.	.	3
» II	6	16	5	6	15	5	.	1	.
» III	10	153	106	8	151	106	2	2	.
» IV	7	7	14	7	7	13	.	.	1
» V	28	103	151	28	103	151	.	.	.
» VI	1	5	1	1	5	1	.	.	.
» VII	4	36	15	4	36	15	.	.	.
» VIII	5	72	17	5	72	17	.	.	.
» IX	4	32	11	4	32	11	.	.	.
» X	18	104	133	18	104	133	.	.	.
» XI	4	39	66	4	39	66	.	.	.
» XII	5	51	166	5	50	166	.	1	.
» XIII	9	54	26	9	54	26	.	.	.
» XIV	14	16	.	14	16	.	.	.	.
» XV	.	4	11	.	4	11	.	.	.
Gesamtsumme	151	883	784	149	879	780	2	4	4

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

VIII. Arbeiten

auf tropenmedizinischem Gebiete, welche von Regierungsärzten und Schutztruppenärzten usw. abgefaßt bzw. mit Unterstützung des Reichs-Kolonialamts entstanden sind.

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Adlung, Korpsstabsapotheker	Die wichtigsten vegetabilischen Nahrungsmittel der in den deutschen Schutzgebieten lebenden Eingeborenen	Tropenpflanzer 1912, Jahrg. 16, Nr. 10—12.
Derselbe	Über Pfeilgifte	Apotheker-Zeitung 1911 Nr. 86.
Derselbe	Die vegetabilischen Drogen der deutschen Schutzgebiete	Desgl. 1912, Nr. 15/17.
Dr. Born, Regierungsarzt	Salvarsan bei Syphilis und Framboesie	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 3.
Dr.med. H. Braun und Dr. phil. E. Teichmann in Frankfurt a. M.	Die Spezifität der Immunitätsreaktionen bei verschiedenen Trypanosomenarten	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 4.
Dr. Eckard, Stabsarzt	Über Schlafkrankheit	Desgl., Bd. 16.
Dr. Feldmann, Stabsarzt	Erfahrungen mit Ipekakuanha bei Dysenterie	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.
Dr. W. Fischer, Stabsarzt	Beitrag zur Kenntnis der Trypanosomen	Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 1911, Bd. 70.
Professor Dr. Fülleborn, Oberstabsarzt	Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. V. Reichmann: »Eine ungewöhnliche Filariaerkrankung. Heilung durch Ehrlich-Hata.	Münchener medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 10.
Derselbe	Über Mikrofilarien des Menschen im deutschen Schutzgebiet und deren »Turnus«, nebst Bemerkungen über die klinischen Manifestationen der dortigen Filariasis	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Professor Dr. Fülleborn, Oberstabsarzt	Untersuchungen über die chenotaktische Wirkung der Malpigkischen Gefäße der Stechmükken auf Hundemikrofilarien	Zentralblatt für Bakteriologie usw. 1912, I. Abt. Origin. Bd. 65.
Derselbe	Zur Morphologie der Dirofilaria immitis Lydi 1856	Desgl.
Derselbe und Dr. Werner, Stabsarzt	Über Salvarsanwirkung bei Bilharziose nebst Bemerkungen über das Ausschlüpfen der Mirazidien	Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 8.
Prof. Dr. Fülleborn und Dr. Külz, Regierungsarzt	Die Zugehörigkeit von Mikrofilaria zu Filaria loa	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2
Dr. Geisler, Stabsarzt	Trypanosomen beim ostafrikanischen Warzenschwein	Desgl.
G. Giemsa, Assistent am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg	Über die Vernichtung der Stechmücken mit Hilfe des Sprayverfahrens	Archiv für Schiffs- und Tropenkrankheiten 1912 Bd. 16.
Derselbe und Dr. Werner, Stabsarzt	Erfahrungen mit einigen Derivaten des Chinins (Aurochin, Chitenin, Dinydrochinin, Fetrahydrochinin), bei Malaria	Desgl., Beiheft 4.
Dr. R. Gonder, Assistent am Georg Speyerhaus in Frankfurt a. M.	Können Spironemen (Spirochäten) arsenfest sein?	Zoologische Jahrbücher. Supplem. XV, Bd. 1.
Derselbe	Spirochätenstudien	Zentralblatt für Bakteriologie usw. 1912, I. Abt. Origin. Bd. 62.
Dr. Hallenberger, Regierungsarzt	Beitrag zur Behandlung des Ulcus tropicum mit Salvarsan	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Dr. Jaeger, Stabsarzt, Kamerun	Geburtenstatistik der Eingeborenen-Bevölkerung des Bezirks Ebolowa (Südkamerun)	Desgl.
Derselbe	Beitrag zur Rassenhygiene aus dem Bezirk Ebolowa (Südkamerun)	Desgl.
Prof. Dr. Kleine, Oberstabsarzt und Dr. W. Fischer, Stabsarzt	Die Rolle der Säugetiere bei der Verbreitung der Schlafkrankheit und Trypanosomenbefunde bei Säugetieren am Tanganyka	Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 1911, Bd. 70.
Dieselben	Schlafkrankheit und Tsetsefliegen	Desgl. 1912, Bd. 73.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Kudicke, Stabsarzt	Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Bukoba am Viktoriasee (Deutsch-Ostafrika)	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1911, Bd. 15.
Derselbe	Behandlungsergebnisse bei der Schlafkrankheitsbekämpfung im Bezirk Bukoba (Fortsetzung)	Desgl. 1912, Bd. 16.
Derselbe	Beiträge zur Biologie der Trypanosomen	Zentralblatt für Bakteriologie usw. I. Abt. Origin. 1911, Bd. 61.
Dr. Ph. Kuhn, Oberstabsarzt und Prof. Dr. Schubert, Regierungsrat im Kaiserl. Gesundheitsamt	Über die Übertragung von Krankheiten durch einheimische stechende Insekten. II. Teil	Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte 1911, Bd. 31, Heft 2.
Dr. Ph. Kuhn	Erwiderung auf den Aufsatz von W. Rickmann: »Ein Beitrag zur Pest der Einhufer« (Pferdesterbe)	Berliner Tierärztliche Wochenschrift 1911, Nr. 49.
Derselbe	Die Gesundheitsverhältnisse in unseren Kolonien	Jahrbuch über die deutschen Kolonien.
Dr. Külz, Regierungsarzt	Bemerkungen zu A. Treutlein »Verdient die Chininprophylaxe den Vorzug vor dem mechanischen Malariaschutz in den Tropen?«	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Wichtigere therapeutische Fortschritte und Neuheiten auf dem Gebiete der Tropenkrankheiten im Jahre 1911	Mediz. Klinik 1912, Nr. 29.
Derselbe	Malaria und Schwarzwasserfieber	Deutsche Tropenbibliothek. Verlag W. Thaden Hamburg, Bd. 3.
Derselbe	Über Beriberi bei Enten	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.
Dr. Leber, Privatdozent, Berlin	Erfahrungen über ambulante Therapie von Syphilis und Framboesie mit Salvarsan und Mergal in Saipan (Marianen)	Desgl.
Dr. Leupolt, Stabsarzt a. D.	Ein Fall von in Deutschland erworbener Schwarzwasserfieberdisposition	Desgl., Nr. 3.
Prof. Dr. Löhlein, Regierungsarzt a. D.	Beiträge zur Pathologie der Eingeborenen von Kamerun	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 9.
Dr. Jos. Mayer, Regierungsarzt	Auszug aus dem ärztlichen Vierteljahresbericht für die Station Saipan vom 7. Juni bis 1. Sept. 1911	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Jos. Mayer, Regierungsarzt	Erfahrungen aus Saipan (Marianen) über Salvarsanwirkung bei Syphilis und Framboesie	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.
Derselbe	Über Helminthen in Saipan	Desgl., Nr. 4.
Derselbe	Augenerkrankungen aus Saipan	Desgl.
Dr. Mansfeld, Bezirksamtmann	Das Lepraheim in Ossidinge, Kamerun	Koloniale Rundschau 1912, Heft 12.
Dr. Manteufel, Stabsarzt	Notiz über ein bisher nicht bekanntes Sommerfieber an der deutsch-ostafrikanischen Küste	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Einige Versuche mit Tropenlymphe in Deutsch-Ostafrika	Desgl.
Prof. Dr. Martini, Marinegeneraloberarzt, Wilhelmshaven	Reinkultur des Erregers von Granuloma venerum	Münchener medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 44.
Dr. Nägele, Stabsarzt	Phagedänisches Ulcus der Hand	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 3.
Derselbe	Über eine merkwürdige fieberhafte Erkrankung	Desgl., Nr. 4.
Dr. Peiper, Stabsarzt	Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Über Rachitis in Deutsch-Ostafrika	Desgl.
Derselbe	Soziale medizinische Bilder aus Deutsch-Ostafrika	Zeitschrift für Säuglingsschutz 1912, Heft 6.
Derselbe	Die Ausbreitung der Tuberkulose in Deutsch-Ostafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Über Geschwülste in Deutschlands Kolonien	Zeitschrift für Krebsforschung 1912, Bd. XII.
Derselbe	Über den Infektionsmodus der Ankylostomiasis in Deutsch-Ostafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Dr. Petzold, Oberarzt	Bericht über die Ausbreitung der Wurmkrankheit in der Stadt Muansa und deren nächster Umgebung	Desgl.
Dr. Poleck, Regierungsarzt	Über das Sechstagefieber in Apia	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 4.
Dr. Prowazek, Hamburg	Zur Aetiologie des Molluscum contagiosum	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1911, Bd. 15.
Derselbe	Beitrag zur Entamoeba-Frage	Archiv für Protistenkunde Bd. XXII.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Prowazek, Hamburg	Zur Kenntnis der Flagellaten des Darmtraktus	Archiv für Protistenkunde Bd. XXIII.
Derselbe	Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Entamoeben	Desgl. 1911, Bd. XXVI.
Derselbe	Beiträge zur Kenntnis der Protozoen und verwandter Organismen von Sumatra (Delhi)	Desgl.
Derselbe	Einfluß hämolytischer Stoffe auf Spirochäten (Spironemacea)	Zentralblatt für Bakteriologie usw., Abt. Origin. Bd. 66.
Derselbe	Zur Kenntnis der Entamoeba	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Bd. 1.
Dr. Raebiger, Regierungsarzt	Geburtshilfe der westafrikanischen Neger	Deutsche medizinische Wochenschrift 1912.
Dr. Rodenwald, Regierungsarzt in Anecho (Togo)	Eingeborene Hebammen in Anecho	Desgl., Nr. 6.
Derselbe	Fieberhafte Abszesse mit Ouchoressa voloulus und Notizen zur Morphologie des Parasiten	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 1.
Derselbe	Salvarsan bei Ulcus tropicum	Desgl.
Derselbe	Augenverletzungen durch Speischlangen	Desgl.
Derselbe	Salvarsan bei Tropengeschwür	Desgl., Nr. 3.
Derselbe	Ätiologie der Bilharziose	Desgl., Nr. 4.
Derselbe	Häufigkeit von Zwillingsgeburten im tropischen Westafrika	Desgl.
Dr. Summa, Stabsarzt	Behandlung von Maltafieber mit Kollargol	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 1.
Dr. Sunder, Regierungsarzt	Salvarsan bei Pocken	Desgl., Nr. 3.
Prof. Dr. Schilling, Berlin	Versuche über Immunität bei Protozoeninfektionen	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 4.
Dr. Schnee, Regierungsarzt	Über Mücken in Saipan	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 4.
Dr. Schöneberck, Oberarzt	Beobachtung eines anscheinend pathogenen zur Gruppe der Trypanosoma theileri gehörigen Trypanosoms in Deutsch-Ostafrika, zugleich ein Beitrag zur Behandlung und Prophylaxe der Trypanose	Desgl. 1910, Nr. 2.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. W. Schüffner, Deli (Sumatra)	Notiz über den Bau der Schwanzspitze bei Ankylostomum- und Nekatorweibchen	Notizen aus der Tropenpraxis 1910, Nr. 4.
Dr. A. Schultze, Bonn a. Rh.	Über die Verwendung der Treiberameise zu Wundbehandlungen im Süd-Kameruner Urwaldgebiet	Desgl., Nr. 4.
Prof. Dr. Steudel, Generalarzt, Medizinalreferent im Reichs-Kolonialamt	Die Schlafkrankheit in Deutsch-Ostafrika	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 4.
Derselbe	Die Krankenpflege in Deutsch-Ostafrika einst und jetzt	Jubiläumskalender 1888 bis 1913 des deutschen Frauenvereins vom Roten Kreuz für die Kolonien.
Dr. M. Taute, Stabsarzt	Experimentelle Studien über die Beziehungen der Glossina morsitans zur Schlafkrankheit	Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten 1911, Bd. 69.
Dr. Vorwerk, Stabsarzt	Zur Pathologie und Hygiene von Garua	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Bericht über Versuche mit Fliegenleim	Desgl.
Dr. Waldow, Marine-Oberstabsarzt und Regierungsarzt	Chininprophylaxe oder mechanischer Malariaschutz?	Desgl.
Derselbe	Infantiles Trichterbecken bei einer Negerin	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Bd. 1.
Derselbe	Erfahrungen mit Uzara bei Dysenterie	Desgl., Nr. 2 (vorläufige Mitteilung).
Dr. Wendland, Medizinalrat, Regierungsarzt	Bericht über einige an Bord der von Ponape zurückgekehrten Kriegsschiffe aufgetretenen Erkrankungen von Typhus exanthematicus (Flecktyphus)	Desgl., Nr. 1.
Dr. Werner, Stabsarzt	Weitere Beobachtungen über die Wirkung von Salvarsan bei Malaria	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 1.
Derselbe	Erfahrungen mit dem Insipin, einem fast völlig geschmacklosen Chininpräparat, bei Malaria	Desgl.
Derselbe	Salvarsan und Ulcus tropicum	Desgl., Bd. 16.
Derselbe	Über Salvarsan bei Malaria nebst Bemerkungen über Zählungsmethoden von Malariaparasiten	Festband Celli, Rom 1912.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Verfasser	Titel der Veröffentlichung	Angabe der Zeitschrift usw.
Dr. Werner, Stabsarzt	Über Neosalvarsan bei Malaria	Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 44.
Derselbe	Das Ehrlich-Hata-Mittel 606 bei Malaria	Desgl. 1910, Nr. 39.
Derselbe	Entamoeba coli	Handbuch der Pathogenen Protozoen 1911
Derselbe	Über Uzara bei Amöbendysenterie	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.
Dr. Wick, Regierungsarzt	Aufbewahrung chirurgischer Instrumente in den Tropen	Desgl., Nr. 4.
Prof. Dr. Ziemann, Generaloberarzt a. D.	Zur Verbreitung der blutsaugenden Tiere in Kamerun	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16.
Derselbe	Zu der Hygiene des Wohnens und Schlafens in den Tropen mit besonderer Berücksichtigung der Wohnungskühlung	Desgl., Beiheft 1.
Derselbe	Vorschläge zur Ausgestaltung des Sanitätswesens in unseren Kolonien	Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 40.
Derselbe	Über Gonokokkenvaccin als event. diagnostisches Hilfsmittel	Berliner klinische Wochenschrift 1912, Nr. 40.
Derselbe	Hygienisches aus Kamerun	Umschau 1912, Heft 51.
Derselbe	Über das Bevölkerungs- und Rassenproblem in den Kolonien	Koloniale Zeitschrift 1912.
Derselbe	Zeckenlarven an Menschen in den Tropen	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 2.
Derselbe	Über die Schlafkrankheit in Groß-Kamerun	Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene 1912, Bd. 16, Beiheft 4.
Derselbe	Beitrag zur sogenannten Borstenkrankheit	Notizen aus der Tropenpraxis 1912, Nr. 3.
Dr. Zollenkopf, Oberarzt	Über eine Hühnererkrankung im Graslande Kameruns	Desgl., Nr. 2.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Anhang.

Generalsanitätsberichte der Kaiserlichen Schutztruppe über das Jahr 1911/12.

A. Deutsch-Ostafrika.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Meixner.

1. Krankenbewegung.

I. Deutsche Militärpersonen.

Zugang:

	1910/1911		1911/12	
Die durchschnittliche Iststärke	203		228	
Die Zahl der Zugänge	308		373	
Die Zahl der Behandlungstage	3740	Laz. 1226 / Rev. 2521	3568	Laz. 1056 / Rev. 2512
Das Verhältnis des Zugangs zur Iststärke	151,72 %		163,59 %.	

Den Hauptanteil an den Zugängen hatten die übertragbaren und allgemeinen Erkrankungen mit:

	1910/11	1911/12
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	136 44 %	177 47,46 %.
Davon entfielen		
auf Malaria	95	139
» Ruhr	9	5
» Rückfallfieber	17	9.

Abgang:

Als dienstfähig	360
Gestorben	2
Anderweitig	8
Bestand bleiben	9.

Eine weitere Besserung im Gesundheitszustande unter den deutschen Militärpersonen gegenüber dem Vorjahre ist demnach nicht eingetreten. In der Dauer der Behandlung ist in der Lazarettbehandlung eine Besserung zu verzeichnen. Infolge größerer Niederschläge hat

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

sich die Zahl der Erkrankungen an Malaria, infolge erhöhter Malariamorbidität in Daressalam und Muansa besonders, erhöht, in den Erkrankungen an Ruhr und Rückfallfieber ist aber ein wesentlicher Rückgang zu verzeichnen.

II. Farbige.

Bei den farbigen Militärpersonen betrug im Jahre

	1910/11		1911/12	
die durchschnittliche Iststärke	3 065		3 055	
die Zahl der Zugänge	4 309		4 908	
die Zahl der Behandlungstage	66 636	Laz. 37 333 Rev. 29 313	67 078	Laz. 33 975 Rev. 33 103
das Verhältnis der Zugänge zur Iststärke	140,51 %		160,65 %.	

Den Hauptanteil an den Zugängen hatten diesmal

	1910/11	1911/12
1. die übertragbaren und allgemeinen Erkrankungen mit	591	853
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	21,8 %	21,7 %
2. die venerischen Krankheiten, die im Vorjahre die erste Stelle einnahmen, mit	951	853
Fällen, also auf das Hundert der Zugänge	22 %	17,38 %.
Weiter folgen:		
3. die mechanischen Verletzungen mit	459	584
4. die Krankheiten der Atmungsorgane mit	399	496
5. die durch tierische Parasiten verursachten Krankheiten mit	281	429
6. die Krankheiten der äußeren Bedeckungen mit	356	404
7. die Krankheiten der Ernährungsorgane mit	236	384
8. die Augenerkrankungen mit	197	338
9. die Krankheiten der Bewegungsorgane mit	223	262
10. die Krankheiten der Kreislauf- und blutbereitenden Organe mit	124	82.

Von den übertragbaren und allgemeinen Erkrankungen entfallen

	1910/11	1911/12
auf Malaria	543	755
» Rückfallfieber	186	125
» Ruhr	63	55
» Trypanosomiasis	6	1.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei den farbigen Militärpersonen ist bei geringem Rückgange der Iststärke gegen das Vorjahr eine erhebliche Steigerung in der Zahl der Zugänge und der Behandlungstage eingetreten. Die Zahl der Lazarettbehandlungstage ist dagegen geringer geworden, was auf eine Abnahme der schweren Erkrankungen schließen läßt. Zum Teil ist die Abnahme wohl dem Rückgange in der Zahl der venerischen Krankheiten zuzuschreiben.

Auch bei den farbigen Militärpersonen ist eine Zunahme der Zahl der Malariafälle zu verzeichnen. Eine Zunahme haben weiter erfahren die durch tierische Parasiten verursachten Krankheiten, insbesondere die in den Küstenbezirken so überaus häufige Wurmkrankheit. Die Erkrankungen an Rückfallfieber und Ruhr zeigen einen erheblichen Rückgang.

Von dem weiteren Vordringen der Tuberkulose in Deutsch-Ostafrika ist auch die Truppe nicht unberührt geblieben. Es erkrankten daran im Berichtsjahre 7 Mann gegenüber 3 im Vorjahre.

Zur Erklärung der hohen Zugangsziffer bei den farbigen Mannschaften der Truppe muß ferner berücksichtigt werden, daß fast alle Kompagnien größere Übungsmärsche und Schießübungen unternahmen; so war z. B. bei der Kompagnie in Mahenge die Ursache der Infektionen mit Malaria und Rückfallfieber der Aufenthalt in den Flußebenen.

Epidemien. Die im Schutzgebiete im Laufe des Berichtsjahres aufgetretenen Pockenepidemien waren dank der jährlichen umfangreichen Impfungen nur von lokaler Bedeutung und blieben ohne nennenswerten Einfluß auf den Gesundheitzsustand der Truppe. Infolge kleiner Epidemien unter den Kettengefangenen in Kondoa-Irangi, den Askariweibern und -kindern in Mahenge und in Daressalam erkrankten insgesamt 4 Askari an den Pocken, von denen 2 starben.

Die schon im Vorjahre erwähnte Pestepidemie in Muansa, die noch in die ersten Monate des Berichtsjahres hineinspielte, ferner eine Pestepidemie in Bagamojo und eine am Schluß des Berichtsjahres auftretende Pestepidemie im Kilimandjarogebiet konnten durch rechtzeitig eingeleitete Maßnahmen auf ihren Herd beschränkt werden, so daß durch sie der Krankenzugang in der Truppe nicht beeinflußt wurde.

Die Schlafkrankheit hat am Tanganikasee trotz aller Fortschritte in ihrer Bekämpfung ihren epidemischen Charakter noch nicht verloren. Trotzdem erkrankte nur eine Militärperson, ein Farbiger, an Schlafkrankheit (gegenüber 6 im Vorjahre).

In Daressalam brach im Berichtsjahre eine örtlich beschränkte Typhusepidemie aus. Die Erkrankung einer deutschen Militärperson stand mit dieser Epidemie jedoch anscheinend in keinem Zusammenhange.

Endemien. Die Erkrankungsziffer an Ruhr und Rückfallfieber weist bei deutschen wie farbigen Militärpersonen eine erhebliche Abnahme auf; von einem epidemischen Charakter konnte nirgends gesprochen werden, da die Zugänge sich auf fast alle Stationen gleichmäßig verteilten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Die erhöhte Krankheitsziffer an Malaria bei Europäern wie bei Farbigen ist im wesentlichen auf die allgemein höheren Niederschläge des Berichtsjahres gegenüber dem Vorjahre zurückzuführen. — Schwarzwasserfieber wurde bei den deutschen Militärpersonen nicht beobachtet, unter den Farbigen der Schutztruppe kam 1 Fall vor, der in Heilung ausging.

Geschlechtskrankheiten bedingen bei den farbigen Militärpersonen immer noch einen bedeutenden Zugang. Immerhin ist ein Rückgang festzustellen, der möglicherweise mit der verschärften Untersuchung der Soldaten wie der Prostituierten auf den einzelnen Stationen zusammenhängt.

Systematische Untersuchungen auf Wurmkrankheit beschäftigten im Berichtsjahre insbesondere das Sanitätspersonal in Daressalam, Lindi und Muansa (Station Muansa und Posten Ikoma). In Lindi kamen bei einer durchschnittlichen Iststärke von 169 Mann 219 Mann (109 im Vorjahre) mit Wurmkrankheit in Zugang mit 1980 Behandlungstagen (1107 im Vorjahre). Die Steigerung der Zugangsziffer ist darauf zurückzuführen, daß neben den tatsächlich Kranken auch die Wurmträger in Behandlung genommen wurden. Neben den allgemeinen Maßnahmen zur Bekämpfung der Wurmkrankheit wurden in Lindi noch besondere Maßregeln (regelmäßige Untersuchungen, Umbau der Latrine, Zementierungen der Vorhöfe, Schließung verdächtiger Brunnen, Verbot der Kotablage am Strande) durchgeführt, so daß bis Ende des Berichtsjahres der Prozentsatz der Erkrankungen von 24,6 % auf 15 % hinunterging.

Ersatz. Neueinstellungen erfolgten wie bisher in Daressalam beim Rekrutendepot; doch fanden zur Ergänzung des Etats der Kompagnien Einstellungen je nach Bedarf auch bei den einzelnen Kompagnien statt; bei ihnen erfolgt ebenfalls unmittelbar die Einstellung der gleichfalls zu den farbigen Militärpersonen zählenden Kompagnieträger.

Die bei den Kompagnien eingestellten Rekruten waren sämtlich im Schutzgebiete angeworben; sie waren infolgedessen das ostafrikanische Klima gewöhnt, den Anstrengungen des Dienstes gewachsen und hatten verhältnismäßig wenig unter Krankheiten zu leiden. Ganz anders verhielt es sich, wie z. B. aus Usumbura berichtet wird, mit den der Kompagnie überwiesenen landfremden Askari aus Kairo, Port Said und Aden, wo diese zum größeren Teile als Kohlentrimmer u. dgl. tätig gewesen waren. Diese Leute befanden sich nach dem Berichte mehr im Lazarett als auf dem Exerzierplatze. Des schwülen heißen Klimas von Usumbura ungewöhnt, versagten sie bei den geringsten körperlichen Anstrengungen völlig. Nicht besser erging es ihnen in den Bergen trotz der dort herrschenden kühlen Witterung. Sie auf Expeditionen mitzunehmen war ausgeschlossen; trotz dauernder Chininprophylaxe erkrankten sie wiederholt an larvierter und offener Malaria. Bei ihrer außerordentlich geringen Widerstandsfähigkeit litten sie auch an allen möglichen anderen Krankheiten. Ihre Untauglichkeit liegt nicht allein am heißen Klima Usumburas, sondern vor allem an ihrer gänzlich degenerierten und kraftlosen Konstitution.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Klima und Witterungsverhältnisse. Aus den meisten Teilen des Schutzgebiets wird über die Ergiebigkeit der Niederschläge gegenüber dem Vorjahre berichtet. Der Einfluß dieser starken Niederschläge auf die Malariaerkrankungsziffer ist bereits erwähnt.

Gesundheitsverhältnisse der Zivilbevölkerung. Die Seuchen, die unter der weißen wie farbigen Zivilbevölkerung auftraten, sind zumTeil bereits im Abschnitte »Epidemien« besprochen worden.

Dank der vorgenommenen Schutzimpfungen erreichten die nur lokalen Charakter tragenden Pockenepidemien in den Bezirken Pangani, Daressalam, Mohoro, Kondoa-Irangi, Mahenge, Iringa, Neu-Langenburg, Muansa, Tabora, Udjidji und Bukoba schnell ihr Ende.

Die in allen Küstenbezirken und einzelnen Seengebieten unter der farbigen Bevölkerung stark herrschende Wurmkrankheit wurde weiter systematisch bekämpft. Erheblichen Einfluß auf die Krankenzugänge bei der Truppe gewann sie nur in Daressalam, Lindi, Iringa und Muansa.

Militärische Unternehmungen. Während des Berichtsjahres waren einzelne Kompagnien wiederholt für kürzere oder längere Zeit von ihren Stationsorten abwesend, so z. B.

die 12. Kompagnie Mahenge vom 23. Januar bis 11. Februar 1912 auf einem Übungsmarsch,

die 2. Kompagnie Iringa vom 15. Januar bis 19. Januar 1912 zum Scharfschießen,

die 3. Kompagnie Lindi vom Juni bis September 1911, vom 6. Dezember 1911 bis Mitte Januar 1912 und vom 11. bis 24. Februar 1912 auf Expedition, vom 11. bis 31. März 1912 zum Gefechtsschießen,

die 1. Kompagnie Aruscha unternahm Aufklärungen vom 25. August 1912 ab im Massaigebiete, vom 13. Januar bis 20. Januar 1912 war Scharfschießen, vom 19. März 1912 ab bis 31. März 1912 waren größere Teile nach Umbulu zur Verstärkung dieses Postens ausgerückt,

die 5. Kompagnie Massoko unternahm ebenfalls einen 14tägigen Übungsmarsch.

Außerdem waren die 6. Kompagnie Udjidji und die 9. Kompagnie Usumbura wiederholt wegen lokaler Unruhen in Uha ausgerückt.

2. Sanitäre Maßregeln.

Unterkunft. (Deutsche Militärpersonen.) Die Unterkunftsräume haben sich im Berichtsjahre, ganz abgesehen von kleineren Neu- und Umbauten, weiter erheblich gebessert.

Die im Vorjahre begonnene Wohnung für 2 europäische Unteroffiziere in der Kaserne von Lindi, bestehend aus 2 Zimmern, 1 Messeraum, Veranda, Küche, Baderaum und Klosett, wurde zu Anfang des Berichtsjahres bezogen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Es fand ferner eine endgültige Trennung zwischen den Häusern der Zivilbeamten und denen der Schutztruppenangehörigen statt, ebenso wie auch zwischen den Wohnungsinventarien. Der Kompagnie wurden, außer der erwähnten Unteroffizierwohnung zugewiesen: 3 Häuser mit je 3 Zimmern, von denen 2 als echte Tropenhäuser mit umlaufender Veranda gebaut sind, das dritte lehnt sich an heimischen Villenstil an. 2 von diesen Häusern, von Offizieren bewohnt und teilweise als Kasino dienend, liegen auf der Anhöhe hinter dem Markt, das dritte, vom Sanitätsoffizier bewohnt, liegt am Strande, direkt am Meere. Die Häuser auf dem Berge haben keinen Brunnen, so daß das Wasser hinaufgetragen werden muß.

Der Sanitätsunteroffizier bewohnt 1 Zimmer im Lazarett.

In Mahenge wurde das ehemalige Solhaus neu aufgebaut, hergerichtet und als Wohnung für einen verheirateten oder 2 unverheiratete Europäer fertiggestellt. Es liegt nahe bei der Station am Marktplatze und enthält 3 Zimmer, eine große Baraza und die nötigen Nebenräume. Die Bedachung besteht aus einer massiven Stampfdecke und darüber errichtetem Strohdach. Zur Zeit bietet es 2 deutschen Militärpersonen einwandfreie Unterkunft. Dadurch ist dem Mangel an Wohnungen für die Europäer der Station abgeholfen worden.

In Iringa wurde in der Nähe des Chefhauses mit dem Neubau für einen verheirateten Offizier begonnen. Sofort nach Fertigstellung wurde das Haus vom Stationsarzt bezogen. Es ist in der Hauptsache aus Feldsteinen errichtet, Türen und Fenster haben Backsteineinfassung, das Dach ist mit gebrannten Ziegelsteinen gedeckt. Als Räume enthält es 1 Vordiele, 1 Eßzimmer, 1 kleines Wohnzimmer, 1 sehr großes Schlafzimmer mit offenem Nebenraum, 1 Abort und Baderaum, 1 Küche mit Vorratsraum und einen noch nicht ausgebauten Raum im Turm. Die Höhe der Zimmer beträgt 4 m. Sowohl in hygienischer als praktischer Beziehung entspricht das Gebäude allen Anforderungen.

Zu den bisher vorhandenen Kompagniehäusern wurde im Berichtsjahre in Tabora ein neues Wohnhaus fertiggestellt und im Juni 1911 von dem Kompagnieführer bezogen. Das Haus steht auf einem kleinen Hügel mit freier Aussicht nach allen Seiten und hat den großen Vorteil, daß es jeglichen Winden genügend ausgesetzt ist. Sämtliche Zimmer sind durch wirksamen Moskitoschutz gut abgeschlossen. Die Gräben für die Abwässer sind gut zementiert und führen bis an den Hügelhang, so daß in der Umgebung des Hauses auch für kurze Zeit nicht Tümpelbildungen entstehen können.

Der Stationsneubau in Massoko ist im Berichtsjahre beendet worden. Die Gebäude sind mit Bruchsteinen und Kalk gebaut; die Bedachung besteht aus Wellblech. Im Offiziershaus befinden sich 2 Wohnungen, die aus 1 Zimmer, und 1 Wohnung, die aus 2 Zimmern bestehen, sowie die Offiziersmesse. Das andere Gebäude enthält 3 Wohnungen zu je 1 Zimmer, die Unteroffiziermesse und das Kompagniegeschäftszimmer. Sämtliche Wohnungen sind mit einer breiten Veranda versehen. Die Zimmer sind hell, luftig und trocken. Für jede Messe ist eine geräumige, helle Küche mit Vorratsraum vorhanden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Unterkunft. (Farbige Militärpersonen.) Die farbigen Soldaten waren wie bisher meist in dicht bei den Befestigungen liegenden Dörfern untergebracht, die noch teils aus Hütten nach Eingeborenenart, teils aus solid gebauten Häusern mit Wellblechdach bestehen. Ausbesserungen dieser Unterkunftsräume haben im Berichtsjahre allerorten stattgefunden.

In Iringa ging man Ende des Berichtsjahres auch daran, die Kompagnieträger in hüttenartigen Häusern zu kasernieren, da das bisher geübte Einmieten häufig zu Unzuträglichkeiten geführt hatte. Jedes einzelne Haus bietet Raum für 4 verheiratete oder 6 unverheiratete Träger.

Im übrigen weisen einzelne Stationen, wie Daressalam, Lindi, Mahenge und Kondoa-Irangi sowie Tabora gebaute Kasernen, zum Teil nach Blocksystem, auf. Die Art der Unterbringung ist fast überall gut und zweckentsprechend, die europäischen Vorgesetzten sorgen für Ordnung und Reinlichkeit in den Unterkunftsräumen der farbigen Mannschaften.

In Massoko sind die farbigen Soldaten in neu erbauten, aus Holz und Lehm gefertigten, grasgedeckten Häusern untergebracht. Jedes Haus enthält 10 geräumige Wohnungen, deren jede einen abgeschlossenen Hof und Küche und Latrine enthält.

Der wegen Baufälligkeit der alten Askarihäuser schon im Vorjahre begonnene Neubau von Kasernen in Bismarckburg wurde im Berichtsjahre fortgesetzt; sie sind aus Bruchsteinen mit Lehmstampfdach errichtet.

In Kilimatinde wurde ein Hospitalneubau aus Granitsteinen mit Wellblechbedachung errichtet, das alte Hospital wurde zu Krankensälen umgebaut. Auch in Massoko wurde ein neues Hospital errichtet, das aus einem Haupt- und Nebengebäude besteht. In Muansa wurde im Askaridorfe der besseren Kontrolle halber eine Revierstube mit 2 Abteilungen eingerichtet.

Verpflegung. Die Verpflegung der weißen und farbigen Militärpersonen war im Berichtsjahre im allgemeinen gut und wohlfeil, zumal die Ernten der Zivilbevölkerung überall fast sehr reichlich ausfielen. Auf fast allen Stationen gibt es einen großen Teil des Jahres hindurch frische Gemüse wie Kartoffeln, alle Kohlarten, auf einzelnen sogar Erdbeeren, ferner Fleisch, Enten und Hühner. Die fortschreitenden Bahnbauten ermöglichen die Zufuhr auch an Orte, wo die Preise für Lebensmittel vorübergehend anzogen. Wie stets bildete auch im Berichtsjahre Lindi wieder eine Ausnahme; frisches Fleisch ist hier selten erhältlich, und alle übrigen Lebensmittel sind teuer, — Umstände, die auf die Rekonvaleszenz der wurmkranken Askari besonders ungünstig einwirkten. Die Kompagnie sah sich genötigt, mit Hilfe der Zivilverwaltung Getreide aufzukaufen, um es unter Ausschaltung des Zwischenhandels an die Askaris billig abgeben zu können. Es gelang ferner mit Unterstützung des Gouvernements, Schlachtvieh billig einzuführen, so daß 2mal monatlich geschlachtet werden kann.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Trinkwasser. Den Trinkwasserverhältnissen wurde wie im Vorjahre auf allen Stationen ernsteste Aufmerksamkeit gewidmet; alte Brunnen wurden gereinigt, neue Brunnen angelegt, vereinzelt Quellen gefaßt sowie getrennte Wasserentnahmestellen für Europäer und Farbige angelegt. Besonderes Augenmerk wurde weiterhin den indischen Sodawasserfabriken durch Überwachung ihres Betriebes und Untersuchung des von ihnen hergestellten Sodawassers gewidmet. An verschiedenen Stationen wie Lindi sind europäische Sodafabriken entstanden, die billig ein einwandfreies Sodawasser abgeben.

In Lindi macht auch die Wasserversorgung der Kaserne Schwierigkeiten. Der Brunnen in der Kaserne mußte wegen Verdachts auf Verseuchung mit Ankylostomiasis geschlossen werden, 2 neuerbohrte Brunnen lieferten brackiges Wasser, so daß das Wasser zum Trinken und Kochen nun weither geholt werden muß. Erst nach Beendigung der Regenzeit können neue Bohrversuche angestellt werden.

Bekleidung. Die Bekleidung der europäischen und farbigen Schutztruppenangehörigen wird von allen Truppenärzten als zweckentsprechend und dem Klima angepaßt geschildert. Eine Änderung der im Vorjahre wegen des mangelnden Schutzes für die Augen als unpraktisch und unhygienisch geschilderten Kopfbedeckung ist noch nicht eingetreten; doch werden Versuche mit einem aus Khakistoff bestehenden Tarbusch mit Schirm angestellt; die Versuche sind zur Zeit noch nicht abgeschlossen.

In kälteren Gegenden und Jahreszeiten wird seitens der farbigen Mannschaften von den Tuchlitewken ausgiebiger Gebrauch gemacht; auch werden seitens der Truppe Decken und Mäntel als Schutz gegen Regen und Erkältungen ausgegeben.

Der Gesundheitszustand der Truppe wurde durch die Bekleidung nur in günstigem Sinne beeinflußt.

Latrinen, Abfuhrwesen. Die Latrinenanlagen der Truppe passen sich naturgemäß überall den örtlichen Verhältnissen an. Wegen der Gefahr der Infizierung mit Ankylostomiasis wurde das Austreten und die Kotablage am Seestrande und im Busche überall verboten. Die Latrinen, zum Teil Wasseraborte, zum Teil nach dem Tonnensystem angelegt, wurden wegen der Wurmkrankheitsgefahr stets peinlich überwacht und häufig desinfiziert.

Hausmüll und Abfälle wurden in besonderen Gruben gesammelt und verbrannt.

Grund und Boden. Wegen der erhöhten Malariamorbidität, die schon gegen Ende des vorigen Berichtsjahres eintrat, wurden überall die Anstrengungen zur Sanierung der Stationen erhöht. Straßenregulierungen wurden auch im Berichtsjahre in Lindi vorgenommen, in Massoko wurden Entwässerungsgräben angelegt, Buschwerk und Gras wurden neben anderen Maßnahmen auf den meisten Stationen niedergeschlagen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Sonstige sanitäre Maßnahmen. Die bisher üblichen monatlichen Gesundheitsbesichtigungen fanden auf allen Stationen auch weiterhin statt.

Die systematische Durchimpfung der Truppe mit im Schutzgebiet selbstgewonnener hochvirulenter Lymphe wurde auch im Berichtsjahre weitergeführt.

3. Erläuterung wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Tuberkulose. Der Stationsarzt von Lindi berichtet über einen Fall von Tuberkulose bei einem farbigen Soldaten folgendes:

Der Mhehe-Askari Ngombe filile, der schon früher mehrfach wegen Bronchialkatarrhs in Revierbehandlung gewesen war, ging eines Tages wieder mit Husten und Auswurf zu. Da sich Fieber zeigte, wurde er gleich im Lazarett behalten. Der Mann magerte in kurzer Zeit erheblich ab und Husten und Auswurf wollten nicht verschwinden. Nachdem zuerst mehrmals vergeblich auf Tbc. gefahndet worden war, wurde bei der 4. Untersuchung endlich einwandfrei der mikroskopische Nachweis der Bazillen erbracht. Die Quelle der Infektion blieb dunkel. Der Mann wurde als dienstunfähig entlassen.

Empyem. Über Empyem liegt ein Bericht des Stationsarztes von Lindi vor.

Am 19. Dezember 1911 erkrankte ein Askari der 3. Kompagnie in Lindi mit hohem Fieber und den Erscheinungen beginnender linksseitiger Lungenentzündung. Aus dieser entwickelte sich in den folgenden Wochen ein Exudat, das sich bei der am 6. Januar 1912 vorgenommenen Probepunktion eitrig erwies. Infolgedessen wurde am 7. Januar 1912 in Chloroformnarkose die Rippenresektion ausgeführt, wobei sich eine große Menge rahmigen Eiters entleerte, in dem keine Bakterien gefunden wurden. Am 1. März 1912 war die Wunde vernarbt, und der Mann wurde als dienstfähig zur Truppe entlassen.

Leberabsceß. Einen Fall von Leberabsceß bei einem europäischen Schutztruppenangehörigen beschreibt der Stationsarzt von Daressalam.

Bei einem Schutztruppenangehörigen, der Anfang des Jahres 1910 auf einer Innenstation an schwerer Ruhr gelitten hatte und inzwischen auf Urlaub gewesen war, bildete sich, ohne das neuerdings Erscheinungen von Dysenterie bestanden hatten, ein Leberabsceß.

Nach einmonatigem Kranksein wurde der Kranke nach Daressalam geschickt. Es wurde die zweizeitige Operation, Einnähung der Leber und nach 4 Tagen die Punktion und Eröffnung des in einer Tiefe von 7 cm gefundenen Abscesses vorgenommen.

Dabei wurde eine große Menge Eiter entleert und die Blutung der Wunde mit dem Thermokauter gestillt. Unter zunehmenden Kräfteverfall erfolgte der Tod 6 Tage später. Die Obduktion ergab noch 2 weitere apfelgroße tief liegende Abscesse im rechten Leberlappen und einen von Kirschengröße, der unmittelbar ans Zwerchfell grenzte.

Die Dickdarmschleimhaut zeigte noch grauweiß belegte in der Querrichtung des Darmes verlaufende leicht vertiefte Substanzverluste (Dysenteriegeschwüre), die offenbar während der ganzen Zwischenzeit bei scheinbarem Wohlbefinden fortbestanden hatten.

Außerdem fand sich im rechten Brustfellraum ein flockig getrübter Flüssigkeitserguß und eine ausgedehnte Verwachsung der Unterfläche der Lunge mit dem Zwerchfell.

Ein Durchbruch von einem der Abscesse nach dem Brustfellraum bestand nicht.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Einen Milztumor aus unbekannter Ursache beschreibt der Stationsarzt von Tabora.

Im Dezember 1911 wurde ein etwa 44 jähriger Mtussi aufgenommen, welcher hohes Fieber und eine bis zum Nabel reichende Geschwulst aufwies. Da Verdacht auf Peritonitis vorlag, wurde der Kranke laparatomiert. Die Geschwulst erwies sich als die enorm vergrößerte Milz. Nach Entleerung einer geringen Menge seröser Flüssigkeit, sank nach 2 Tagen das Fieber. Der Milztumor blieb in seiner früheren Größe bestehen. Die Ursache blieb dunkel.

Derselbe Stationsarzt berichtet über den Verlust eines Auges folgendes:

Ein Askari erlitt den Verlust eines Auges dadurch, daß beim Verbrennen von Patronenhülsen, die unbrauchbar gemacht werden sollten, ein abspringendes Stück der Zündkapsel dem Askari ins Auge drang. Das abgesprengte Metallteilchen nahm seinen Weg durch das obere Augenlid, die Schleimhaut und die Aderhaut und zwar 2—3 mm oberhalb der Hornhaut. In die Wunde selbst, aus der ein mäßiger Blutaustritt stattfand, war die Regenbogenhaut hineingedrängt worden. Da an eine Entfernung des Fremdkörpers nicht zu denken war, wurde die Verletzung mit antiseptischen Lösungen behandelt. Hierbei schloß sich die Wunde recht schnell, die Regenbogenhaut, welche in die Wunde eingeheilt ist, ist nach oben verzogen; die Linse hat sich allmählich getrübt (traumatischer Katarakt). Die Entfernung derselben verspricht keine Besserung des Sehvermögens, da absolut kein Lichtschein vorhanden ist. Reizerscheinungen des verletzten Auges treten zeitweise auf. Das rechte Auge ist bisher von Entzündungserscheinungen frei geblieben.

Skorbut. Über Skorbut bei einem Europäer der Truppe berichtet der Stationsarzt von Lindi.

»Nach eigener Angabe bemerkte der Kranke am 1. November 1911 an den Gliedmaßen und vereinzelt auch am Rumpf punktförmige Blutungen unter der Haut. Auch heilten Risse, die er sich beim Felddienst an den Händen und im Gesicht zugezogen hatte, sehr langsam und unter Bildung von blauschwarzen Narben. Zugleich trat zunehmende Mattigkeit auf. Am 12. November 1911 bemerkte er eine schmerzhafte, leichtblutende Zahnfleischschwellung. Am 13. November 1911 meldete er sich krank und kam zum erstenmale zum Arzt. Da am 12. November auch Fieber bestanden hatte, hatte er Chinin 1,0 g genommen. Vom Juni bis Anfang September 1911 war er auf Expedition und nährte sich fast ausschließlich von Konserven, und es gingen ihm notwendige Dinge, wie vor allem Salz, aus. Auch nach seiner Rückkehr nach Lindi lebte er vorwiegend von Konserven, besonders nahm er täglich Gemüsekonserven zu sich, da ihm die hiesige Nahrung, die an frischer Kost nur noch Geflügel und Eier bietet, zuwider war.

Der Befund am 13. November 1911 bei der Aufnahme, war folgender: Fahles, blasses Aussehen, blasse Schleimhäute. Am Körper und an den Beinen zahlreiche blaue und grüngelbe Flecke in der Haut; umschriebene frische Blutungen. Das Zahnfleisch, der Zungengrund, und der weiche Gaumen sind geschwollen und aufgelockert, blauschwarz verfärbt und bluten spontan, sodaß fortwährend blutiger Speichel entleert wird. Besonders befallen sind Zungenbändchen und das Zahnfleisch des Unterkiefers. Im Blut finden sich keine Parasiten.

Die Behandlung bestand in folgenden Anordnungen: Bettruhe, Einpinseln des Zahnfleisches mit Tinctura Myrrhae. Mundspülen mit 3% Alaunlösung. Täglich 1 Liter frische Kuhmilch. Fruchtsäfte. Rohe Eier.

Nach dem Befunde wurde die Diagnose-Skorbut gestellt.

In den folgenden beiden Tagen, am 14. und 15. November 1911, trat keine Besserung ein. Im Gegenteil trat hohes Fieber dazu, wohl infolge der schwer eiternden, nekrotischen Schleimhaut des Mundes, die sich in Fetzen abstößt. Am 15. November 1911 trat mittags blutiger, dunkelroter Urin auf. Mikroskopisch bot er den Anblick reinen Blutes, also zahllose rote Blutkörperchen. Die Urinmenge war nicht verringert. Die Nahrungsaufnahme war befriedigend, täglich 1 Liter Milch und mehrmals Fleischbrühe.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Am 16. November 1911 war der Verfall fortgeschritten. Die Blutungen der Mund- und auch Kehlkopfschleimhaut, sowie aus dem Nieren hatten nicht nachgelassen. Dabei bestand hohe Temperatur, Kopfschmerzen und zweimal Erbrechen. Er redete öfter irre und delirierte. Der Puls war abends noch kräftig und gut. Am 17. November trat dann gegen 5 Uhr morgens Herzschwäche und Lungenödem ein, und er erlag seinem Leiden.

Die Sektion ergab eine Blutdurchtränkung aller Gewebe und Organe, besonders auch waren Blutungen in der weichen Hirnhaut, der Herzmuskulatur und den Darmwänden, hier dicht bei einander, aufgetreten, die Magenschleimhaut war bedeckt mit schwarzem, schleimigen Blut, die Nieren strotzten von Blut und in ihren Gefäßen waren zahlreiche Blutgerinsel.

Obwohl das Krankheitsbild vom 15. November mittags ab an Schwarzwasserfieber erinnerte mit den Symtomen: hohem Fieber, blutgefärbtem Urin, Erbrechen und schnellem Verfall, muß doch diese Diagnose ausgeschlossen werden, da es sich nicht um eine Hämoglobinurie handelte, sondern nach dem mikroskopischen Befunde um Hämaturie. Auch die langsame und charakterische Entstehung des Leidens mit seinen Zahnfleisch- und Schleimhautaffektionen lassen nur die Diagnose: Skorbut zu.«

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

B. Kamerun.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Kuhn.

1. Krankenbewegung.

I. Deutsche Militärpersonen.

Zugang:

Durchschnittliche Iststärke	118
Bestand waren	2
Zahl der Zugänge	190
Verhältnis des Zugangs zur Iststärke	161,0 %

Abgang:

Dienstfähig	178
Gestorben	1
Anderweitig	10
Bestand bleiben	3

II. Farbige.

Zugang:

Durchschnittliche Iststärke	1 378
Bestand waren	50
Zahl der Zugänge	1 869
Verhältnis des Zugangs zur Iststärke	135,6 %

Abgang:

Dienstfähig	1 805
Gestorben	31
Anderweitig	36
Bestand bleiben	47

Sanitätspersonal. Es standen 1 Oberstabsarzt, 6 Stabsärzte, 8 Oberärzte, 2 Sanitätsfeldwebel und 22 Sanitätsunteroffiziere zur Verfügung. Von Sanitätsoffizieren der Schutztruppe waren außerdem 2 Stabsärzte, 2 Oberärzte, 1 Assistenzarzt und 5 Sanitätsunteroffiziere zur Schlafkrankheitsexpedition und 1 Stabsarzt zur Zivilverwaltung als Regierungsarzt abkommandiert.

In der Besetzung der Kompagnien mit farbigem Sanitätspersonal hat sich nichts geändert.

Krankenanstalten. Das Soldatenhospital in Duala ist wegen Raummangels ganz unzulänglich.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Epidemien, klimatische und Witterungsverhältnisse, Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung. Epidemische Erkrankungen kamen unter den Europäern nicht zur Beobachtung. Endemisch traten auf: Malaria, Schwarzwasserfieber, Darmkrankheiten, Filaria.

Die Witterungsverhältnisse sind in den einzelnen Landesteilen verschieden, die Regen- und Trockenzeiten beginnen und enden nicht überall zu gleicher Zeit. Die Regenzeit war von Einfluß auf die Malariamorbidität und auf Erkältungskrankheiten infolge der nach starken Niederschlägen eintretenden bedeutenden Abkühlungen und der Feuchtigkeit der Luft. Den höchsten Krankenzugang hatte Duala. In Duala ist von Einfluß auf den Krankenzugang die hohe Iststärke und der Umstand, daß alle Schwerkranken zur Behandlung nach Duala geschickt wurden. Die hohe Krankheitsziffer unter Farbigen in Kusseri wird erklärt durch den Ersatz aus dem Kukkastamm des Dumebezirks. Die Leute waren in der ersten Zeit inneren Erkrankungen, namentlich Darmaffektionen gegenüber, sehr wenig widerstandsfähig.

In Soppo traten unter der Zivilbevölkerung die Windpocken epidemisch auf, von denen auch Soldaten der 6. Kompagnie betroffen wurden.

Endemisch traten Malaria, Darmkrankheiten, Geschlechtskrankheiten und unter der Zivilbevölkerung noch Lepra und Schlafkrankheit auf.

In Ebolowa war der Krankenzugang unter den farbigen Soldaten im allgemeinen ein mäßiger. Vorherrschend waren Geschlechts- und Erkältungskrankheiten. Darmleiden waren selten; ein Ruhrfall kam überhaupt nicht vor. Die Geschlechtskrankheiten wurden fast ausnahmslos auf Patrouille durch Ansteckung in den Buschdörfern erworben, während auf Station infolge der regelmäßigen Gesundheitsbesichtigungen kaum einmal eine Infektion erfolgte. Eine hohe Zahl erreichten die Erkältungskrankheiten der Luftwege und solche rheumatischer Natur wegen der im Berichtsjahr besonders zahlreichen und wasserreichen und daher mit bedeutenden Abkühlungen der Luft verbundenen Niederschläge.

Dschang. Der Gesundheitszustand war unter den farbigen Soldaten im allgemeinen gut. Von der im ersten Vierteljahr des Berichtsjahres in Dschang herrschenden Typhusepidemie wurde außer den im Bestand geführten, kein Mann mehr ergriffen. Die Epidemie entstand infolge Verseuchung des Trinkwassers durch eine Latrine.

In dem Gesundheitszustand der europäischen Zivilbevölkerung ist eine allmählich fortschreitende Besserung infolge der besseren Unterkunfts- und Verpflegungsverhältnisse wohl zu konstatieren. Immerhin ist die Morbidität an Malaria, Ruhr noch ziemlich bedeutend; direkt bedauerlich ist die hohe Zahl der an Geschlechtskrankheiten zur Behandlung kommenden Europäer.

In Ebolowa trägt wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit der weißen Zivilbevölkerung das Bestreben der Kaufleute bei, mehr Sorg-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

falt auf Wohnung, Verpflegung und Wasserversorgung zu verwenden, als dies bisher der Fall war.

Militärische Unternehmungen. Größere Expeditionen fanden nicht statt.

2. Sanitäre Maßregeln.

Unterkunft. Die Wohnungsverhältnisse bessern sich von Jahr zu Jahr, doch bei einzelnen Kompagnien bleibt in dieser Beziehung noch viel zu wünschen übrig.

In Duala hat sich die Unterkunft der europäischen Schutztruppenangehörigen insofern sehr verbessert, als im Laufe des Berichtsjahres bei der Polizeistammkompagnie 2 villenartige Wohnhäuser aus Zementsteinen erbaut wurden. Jeder Unteroffizier besitzt ein großes Schlafzimmer und eine Veranda, in einem guten Nebengebäude untergebracht eine Küche, Baderaum und Boywohnung.

Der Führer und der Leutnant der Polizeistammkompagnie bewohnen jeder ein Haus für sich, das allen Ansprüchen gerecht wird.

Im Gegensatz zur Unterbringung der zur Polizeistammkompagnie kommandierten Angehörigen der Schutztruppe ist diejenige der übrigen in Duala garnisonierenden Offiziere und Unteroffiziere vollkommen ungenügend.

Auch für durchreisende Offiziere macht sich ein empfindlicher Mangel an Wohnungen bemerkbar.

Die Unterkunft der Farbigen in Duala ist während des Berichtsjahres ohne Zweifel bei weitem besser als in den vorhergehenden Jahren gewesen. Errichtet wurde ein großes, sauber aus Matten gebautes, gut aussehendes sowie dauernd reinlich gehaltenes Soldatenlager aus 17 einzelnen Buschhäusern und einem Doppelhaus. Am Ende des Berichtsjahres wurde ein großer Teil des Soldatenlagers abgebrochen und ein anderes aus Zementsteinen erbautes und mit Zementziegeln eingedecktes Kasernement von 12 Häusern errichtet, deren Übernahme Mitte April 1912 erfolgen soll.

In Bamenda ist die eine Offizierwohnung sehr schadhaft geworden. Außerdem war sie ungesund, besonders in der Regenzeit, da sie zu ebener Erde liegt. Es wurde daher während der Trockenzeit der Bau eines neuen, massiven Offizierhauses begonnen, das zur Zeit noch in Arbeit ist. Die jetzige Wohnung des Stationschefs ist mit neuen Fußböden versehen und dadurch wieder wohnlich geworden.

In Kusseri könnten die hygienischen Verhältnisse der Weißen der 3. Kompagnie verbessert werden durch die Erbauung wettersicherer Häuser. Moskitosichere Häuser herzustellen, wird voraussichtlich nie gelingen, da die hier herrschende Trockenzeit und die Arbeit der Insekten in Wänden, Dächern, Tür- und Fensterrahmen stets Durchgänge und Unterschlüpfe für Moskitos begünstigen werden.

Die Farbigen sind in Kusseri in Lehmrundhütten mit Strohdächern der Landessitte gemäß, untergebracht. Diese Bauweise ist nach Maß-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gabe des hier vorhandenen Materials die einzige für die hiesigen Verhältnisse praktische. Zur Zeit wird ferner unter Verwendung hergesandten Materials ein Kasernenhaus aus Brennziegeln mit Wellblech errichtet, welches nach seiner bald zu erwartenden Fertigstellung 36 Soldaten mit Angehörigen aufnehmen soll.

In Ebolowa sind die weißen Militärpersonen sämtlich in massiven und trockenen Wohnräumen untergebracht, auf den Posten in geräumigen und regensicheren Häusern aus Buschmaterial. Der in den früheren Berichten erwähnte umfangreiche Neubau auf dem hiesigen Stationsgelände ist nun auch in seinem Innern vollständig fertiggestellt.

Für Farbige in Ebolowa genügt ein massiv gebautes Kasernement und das Stationslazarett durchaus den Anforderungen.

Für Weiße sind in Garua die Wohnungsverhältnisse infolge der unhygienischen Bauart, der schlechten inneren Ausstattung, der ungenügenden Ventilation, unzureichend.

In Jaunde stehen für Offiziere und Unteroffiziere aus Ziegelmauerwerk aufgeführte Häuser zur Verfügung. Sie haben zum Teil den Nachteil, daß wegen der Nähe der Umfassungsmauer die Brise keinen genügenden Zutritt hat.

Verpflegung. Für die Europäer haben sich die Verpflegungsverhältnisse bei einzelnen Innenstationen etwas gebessert. Der Gemüsebau macht auf fast allen Stationen gute Fortschritte.

In Duala ist die Verpflegung teuerer als zuvor, jedoch muß betont werden, daß jetzt, wo 2 Fleischer am Orte sind, stets die Möglichkeit, frisches Fleisch zu erhalten, vorhanden ist. Fische sind billig und leicht zu haben, teilweise auch frisches Gemüse und heimische Früchte.

Die Verpflegungsverhältnisse für Farbige haben sich gegen früher im allgemeinen nicht besonders geändert. Die Soldaten kaufen sich die Verpflegung auf den Märkten der Stationsorte. Die Ernährung in Kusseri ist wegen Mangel an frischen und Knollenfrüchten dauernd schwer, abwechslungsarm und daher ungesund für die farbigen Soldaten. Sie leben hauptsächlich von Fleisch, Reis und Korn.

Für Farbige in Dschang sind die Verpflegungsverhältnisse infolge des Bargeldverkehrs und unter Beschickung des Marktes durch die Eingeborenen erheblich besser geworden.

Gut sind für Farbige die Verpflegungsverhältnisse in Jaunde und in Bafia.

Trinkwasser. Eine Wasserleitung gibt es noch auf keiner Militärstation, hier und da ist mit dem Bau von Brunnenanlagen begonnen. Das Trinkwasser muß aber überall noch durch Filtern und Kochen genießbar gemacht werden.

In Duala geschieht die Beschaffung des Wassers noch auf die gleiche mangelhafte Art und Weise wie früher. Es muß einzeln durch Fässer herangebracht werden.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Gebessert haben sich die Wasserverhältnisse in Kusseri. Der Stationsbrunnen liefert zur Zeit nach Reinigung und Vertiefung brauchbares Trinkwasser.

In Garua liefern 4 Brunnen ein brauchbares Trinkwasser.

Für Farbige ist die Wasserversorgung auf den meisten Stationen noch unzureichend. — In Duala wurde ein neuer Brunnen am Schießstand angelegt. Dieses Wasser, anfangs für chemisch einwandfrei erklärt, war nach einigen Monaten für Koch- und Trinkzwecke nicht mehr geeignet. Der Brunnen wird zur Zeit jedoch weiter in die Tiefe geführt und voraussichtlich dann ausreichen.

In Bamenda wurde das Trinkwasser der Quelle eines nahe bei der Station entspringenden Baches entnommen. Es liegt trotzdem die Gefahr der Verunreinigung desselben durch die Nähe des Unterkunftsdorfes vor. Letzteres soll daher weiterverlegt werden.

Jaunde. Das Wasser für das Soldatendorf liefert ein in der Nähe desselben gegrabener und ausgemauerter Pumpbrunnen, derselbe liefert reichlich gutes, klares Trinkwasser, welches auch manchmal von Europäern genossen wird.

Die Wasserverhältnisse auf der Station Dschang sind schlecht. Das Wasser muß aus einem bei der Station vorbeifließenden Bach geholt werden und kann so leicht Veranlassung zu Infektionen geben.

Bekleidung. Die Bekleidung ist für Europäer und Farbige gut und zweckmäßig, nur muß in den Hochländern Kameruns für warme Unterwäsche Sorge getragen werden.

Latrinen. Es bestehen noch die früher schon beschriebenen Klosettanlagen.

Krankentransporteinrichtungen. Die Kranken werden mit der Bahn, auf Flußfahrzeugen und in Hängematten befördert. In Duala und im Dschangbezirk können Kranke in Krankenfahrbahren befördert werden.

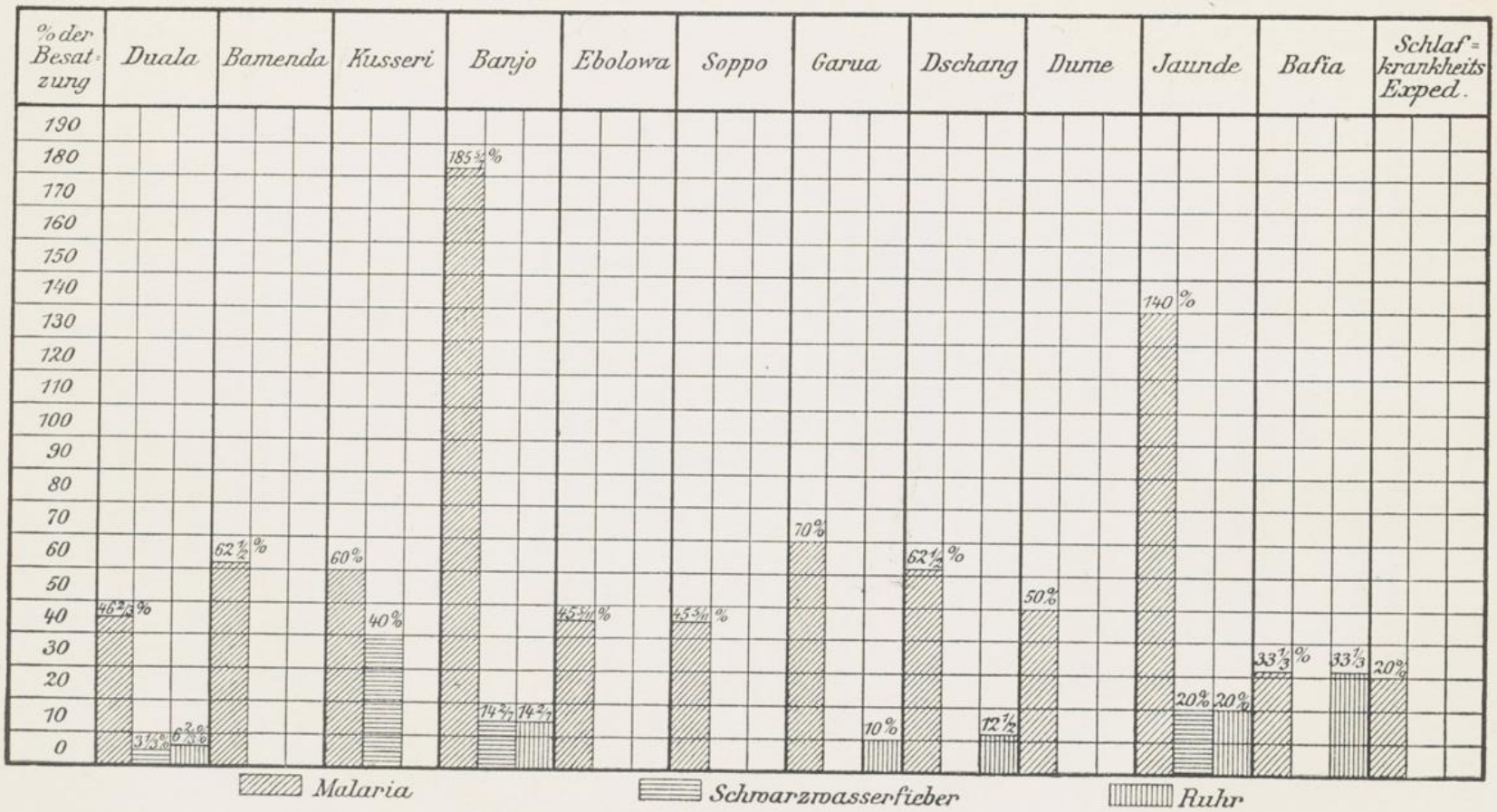
Gesundheitspflege. Bei allen Kompagnien wird darauf hingearbeitet, die Umgebung der Stationen allmählich immer mehr freizuschlagen, laufende Wasser zu regulieren, Sümpfe trocken zu legen und das Regenwasser gut abzuleiten.

In Garua bildet die Hauptgefahr für die Station sowohl als auch für die Stadt ein auf der Nordseite sich hinziehender Bach, der in der Regenzeit die Wassermengen nicht zu fassen vermag und die flache Niederung weithin überschwemmt. Eine Wandlung ist nur mit erheblichen Mitteln zu schaffen.

Pockenlymphe. Pockenlymphe wird auf allen Stationen des Nordlandes hergestellt, im Süden Kameruns ist die Lymphbereitung wegen Mangel an Impftieren schlecht durchzuführen. Mißerfolge bei der Lymphbereitung sind wenig zu verzeichnen. Doch kann auf die Lieferung von Vaccine aus Deutschland nicht verzichtet werden, da die hiesigen Stämme auf die Dauer doch ihre Wirksamkeit einbüßen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Kränklichkeit auf den einzelnen Stationen.



3. Erläuterung wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

a. Weiße.

Bezüglich der Erkrankungen an Malaria, Schwarzwasserfieber und Ruhr auf den einzelnen Stationen sei auf die vorstehende Tabelle verwiesen.

I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Röteln. Anfang Mai trat eine kleine Epidemie von Röteln in Soppo auf. Es konnte ermittelt werden, daß ein weiterer Europäer wahrscheinlich 4 Wochen vorher ebenfalls daran gelitten hatte.

Die kleine Epidemie verlief ohne Besonderheiten.

Unterleibstyphus. 1 Fall von Unterleibstyphus, der sich an eine Dysenterie anschloß und durch eine heftige Darmblutung kompliziert war, ging in Genesung über.

Malaria. Der Zahl der Krankheitsfälle nach steht Malaria auch dieses Jahr wieder an der Spitze. Es sind allerdings viele Fälle dabei, die bei Europäern auf Posten und Dienstreisen, also außer ärztlicher Beobachtung, erfolgten.

Von den 74 Zugängen an Malaria unter Europäern waren sämtlich Malaria tropica, 1 Fall war durch Quartana kompliziert. Kein Todesfall.

Im allgemeinen war der Verlauf günstig. In Banjo kamen 2 schwere Fälle zur Beobachtung, von denen der eine von chronischem Charakter mit Milztumor, Albuminurie, Herzverbreiterung, Anämie und Magen-Darmkatarrh, der zweite mit Schwarzwasserfieber kompliziert war.

In Duala kam 1 Fall von Schwarzwasserfieber zur Beobachtung. Verlauf günstig. Der Kranke wurde als tropendienstunfähig in die Heimat gesandt.

Aus 4 Fällen von Schwarzwasserfieber in Kusseri endete der eine infolge von Anurie tötlich, 2 mußten als tropendienstunfähig in die Heimat entsandt werden, während der 4. Fall ganz leicht verlief. Sämtliche 4 Fälle waren nach 1,0 Chinin aufgetreten.

1 Fall von Schwarzwasserfieber in Jaunde nahm einen schweren Verlauf mit Sinken des Blutfarbstoffgehaltes bis auf 40 % und während der Rekonvaleszenz auftretender Pleuritis und Malaria tropica. Heimsendung als tropendienstunfähig.

Ruhr. In Duala wurden bei den 2 Ruhrerkrankungen Amöben festgestellt.

1 Fall von Amöbendysenterie in Jaunde ging ohne Komplikationen in Heilung über.

II. Krankheiten des Nervensystems.

Gehirnerschütterung. 2 Fälle, beide hervorgerufen durch Sturz mit dem Pferde. In einem Fall bestand nebenbei Quetschung des Kopfes, im andern Fall Quetschung des linken Hodens.

Nervenschwäche. Ein Vizefeldwebel in Duala brach unter den Erscheinungen von schwerer Neurasthenie, angeblich infolge wochenlang hindurch erlittener körperlicher Strapazen und schwerer seelischer Erschütterungen zusammen. Vor Jahren hatte er an Lues gelitten. Der Gedanke liegt nahe, daß diese vorausgegangene Erkrankung, vereint mit den Einflüssen des Tropenklimas, einen erhöhten Reizzustand des Gehirns geschaffen hat. Er wurde als tropendienstunfähig nach Deutschland gesandt.

III. Krankheiten der Atmungsorgane.

Lungenentzündung. 1 Fall von Lungenentzündung endete unter starker Dyspnoe, Cyanose und Herzschwäche tödlich.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

V. Krankheiten der Ernährungsorgane.

Akuter Darmkatarrh. 14 Fälle, die alle leicht verliefen; alle wurden dienstfähig entlassen.

VII. Venerische Krankheiten.

Syphilis. Ein Sanitätssergeant hatte sich eine luetische Infektion an einem Finger zugezogen. Er ging als ungeheilt nach Deutschland ab.

In Dume erkrankte ein Sergeant an Syphilis, er wurde wegen verminderter Widerstandsfähigkeit des Nervensystems als tropendienstunfähig in die Heimat geschickt.

X. Krankheiten der äußeren Bedeckung.

Akute Hautkrankheiten. Es handelte sich um ein Ekzema papulapustulosum, das hartnäckig allen Heilungsversuchen trotzte. Erst nach 61 Behandlungstagen konnte der Patient aus der Behandlung entlassen werden.

Chronische Hautkrankheiten. In Kusseri erkrankte ein Feldwebel an Furunkulose. Auf der Haut zahlreiche kleine Entzündungsherde »roter Hund«. An den Ellenseiten beider Vorderarme je eine kleinhandtellergroße, entzündliche, flächenhafte Hautinfiltration mit rotem Hof und zentraler Erweichung. Eine gleiche Stelle in der Mitte der Vorderseite des rechten Oberschenkels. Rechtsseitige Leistendrüsen geschwollen, schmerzhaft.

Behandlung: Bettruhe, Diät, feuchte Verbände. Arsenkur, beginnend mit zweimal 2 Tropfen Liq. kali arsenic., steigend täglich um zweimal 1 Tropfen bis zu zweimal täglich 10 Tropfen.

An beiden erweichten Infiltrationen an den Vorderarmen und dem rechten Oberschenkel reichliche Eiterentleerung. Nach 4 tägiger Behandlung dienstfähig entlassen. Die Ursache der Erkrankung wird auf den langen annähernd 2 jährigen Aufenthalt in Kusseri und vieles Schwitzen zurückgeführt.

Einige Zeit später trat dieselbe Erkrankung nochmals auf.

XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.

Quetschung innerer Organe. Ein Unteroffizier hatte nach Sturz mit dem Pferde auf die rechte Seite Schmerzen in der Gegend des linken Rippenbogens. Die Untersuchung ergab eine vergrößerte Milz, welche den Rippenbogen überragte und deutlich fühlbar war. Wahrscheinlich war bei dem Sturz eine Zerrung der vergrößerten Milzkapsel erfolgt. Malariaparasiten konnten im Blut nicht gefunden werden.

Bißwunden. Eine Bißverletzung in Soppo durch Pferdebiß in den linken Daumen. Der Nagel wurde dabei aus dem Nagelbett herausgequetscht und mußte entfernt werden. Nach 14 tägiger Behandlung dienstfähig entlassen.

b. Farbige.

I. Übertragbare Krankheiten und allgemeine Erkrankungen.

Pocken. Am 30. März 1912 erkrankte ein Soldat der 3. Kompagnie auf dem Posten Bongor. Vorsichtsmaßregeln wurden getroffen.

Diphterie. 1 Fall, zu Anfang außer ärztlicher Behandlung. Bei Eintreffen des Sanitätsunteroffiziers waren Zunge und Mandeln überaus stark geschwollen und mit dicken grauem Belag bedeckt. Nach 7 tägiger Behandlung an Erstickung gestorben.

Unterleibstyphus. Der eine an Unterleibstyphus behandelte Fall verstarb nach 2 Tagen. Er stammte gleichfalls, wie der einzige bei den Europäern beobachtete, aus dem Bafialande.

Malaria. Die Zugänge an Malaria boten in klinischer Hinsicht keine Besonderheiten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Trypanosomiasis. Über einen Fall berichtet Duala: Der Fall betraf einen jungen Monroviasoldaten, bei welchem in Soppe Trypanosomen festgestellt wurden. Angeblich will er vor seiner Einstellung in Sekomdi und Axim gearbeitet haben. Nach viermaliger Einspritzung von Atoxyl in Soppo wurden hier keine Trypanosomen mehr festgestellt. Er wird zur Zeit als Sanitätssoldat ausgebildet und steht als solcher ständig unter Kontrolle.

Über einen anderen Fall berichtet die Sanitätsdienststelle Soppo: Der Soldat Njenne kam am 20. März 1912 mit 38,9 Fieber in Zugang. Er klagte über rheumatische Schmerzen im Rücken und in der rechten Schulter, er wurde mit Kampferspirituseinreibungen behandelt und bekam täglich 1,0 Aspyrin. Nach 4 Tagen besserte sich sein Leiden und fühlte sich der Mann ganz wohl und wollte zur Kompagnie zurück.

Am 2. April 1912 klagte Njenne wieder über Kopfschmerzen, Schwerhörigkeit und Schluckbeschwerden. Temperatur 37,3. Er lag ganz teilnahmslos im Bett, stierte nach einem Fleck und verweigerte jede Nahrungsaufnahme, so daß der Mann künstlich mit Milch und Eiern genährt werden mußte. Die Sprache war matt und stockend. N. magerte zusehends ab. In dem entnommenen Blutpräparat wurden von dem Regierungsarzt in Buea Trypanosomen festgestellt, am 5. April nachmittags wurden die Nackendrüsen punktiert, und ergab die Untersuchung der Flüssigkeit dasselbe Resultat. Njenne erhielt am selben Tage noch 1,0 Atoxyl und sollte dann jeden 9. und 10. Tag mit Atoxyl weiter behandelt werden.

Gegen $10^1/_2$ Uhr abends trat der Tod ein. Sektion der Leiche wurde nicht vorgenommen.

Der Bestand vom Vorjahre in Dume wurde geheilt zur Truppe entlassen, bekam jedoch im Juli 1911 einen Rückfall, ohne daß Trypanosomennachweis möglich war. Er wurde dienstunfähig ins Schlafkrankenlager Dume entlassen.

Ruhr. Die 10 Ruhrfälle in Duala gingen alle in Heilung aus, stets wurden Amöben festgestellt. Bei der außerordentlich geringen Ansteckbarkeit, welche hier beobachtet wurde, muß die Diagnose »Ruhr« wohl mit Vorsicht aufgefaßt werden, denn 1. weist der Neger, welcher zu 90% an irgendeiner Wurmart, sehr oft an Ankylostomum, Ascaris oder Trichocephalus zu gleicher Zeit leidet, nicht selten Blut und Schleim im Stuhl auf, ohne daß »Ruhr« besteht, 2. gibt es ohne Zweifel in Kamerun eine Anzahl Amöben, welche nicht direkt pathologisch sind, 3. ist es recht schwierig, die einzelnen Amöbenarten voneinander zu unterscheiden. Unter diesen Umständen ist es nicht verwunderlich, daß die sonst gefürchtete und deletäre Krankheit keine Opfer gefordert hat.

In Bamenda wurden in allen Fällen Amöben als Erreger nachgewiesen.

Aus Banjo wird berichtet: Die Ruhrgefahr ist für die Kompagnie gesteigert durch ein epidemisches Anschwellen der Amöbenruhr auf der Straße Banjo-Gaschaka. Von dort wurde, nachdem $2^1/_2$ Monat Ruhr nicht mehr auf der Station beobachtet wurde, am 27. Oktober durch einen Soldaten Ruhr eingeschleppt, die seitdem immer wieder auf der Station vorkommt. Der gestorbene Soldat infizierte sich ebenfalls auf dieser Straße, erkrankte 7 Tage nach Verlassen derselben und erlag dem schweren, durch Karlsbader Salz, Calomel, Ipecacuanha nicht wesentlich zu beeinflussenden Krankheitsverlauf.

In Garua ist ein gehäuftes Auftreten von Ruhr in den letzten Jahren beobachtet worden. Von 11 Zugängen endeten 3 tödlich.

In Jaunde wurde in sämtlichen 2 Fällen Amöben nachgewiesen. Der Bestandsfall war kompliziert mit Leberabszeß. Die vorgeschlagene Operation wurde verweigert. Der Fall verlief tödlich. Die Sektion ergab Leberabszeß und dysenterische Geschwüre. Alle Ruhrfälle wurden mit Rizinusöl, Karlsbader Salz und eventuell mit Darmspülungen behandelt.

Gelenkrheumatismus. Von den 37 Zugängen starb 1, als dienstunfähig wurden 4 entlassen, 31 gingen dienstfähig ab und 1 bleibt im Bestand. Ein Fall, der in chronisches Stadium überging, wurde unter chronischem Gelenkrheumatismus weitergeführt.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Eingeklemmter Bruch. Ein Soldat in Banjo wurde einige Stunden nach Eintritt von bedrohlichen Einklemmungserscheinungen an rechtsseitigem Leistenbruch operiert. Es lag ein kleines Stück stark blutgefüllten, zum Teil schwärzlich verfärbten Netzes im Bruchsack, das reseziert wurde. Heilung darauf glatt.

VII. Venerische Krankheiten.

Bei den Krankheitsziffern der überall weitverbreiteten Geschlechtskrankheiten ist zu bemerken, daß im allgemeinen nur die Schwerkranken in Lazarettbehandlung genommen werden, während die Leichtkranken ambulant behandelt werden.

XII. Mechanische Verletzungen und Folgezustände.

Schußverletzungen. In Bamenda waren 2 Zugänge aus dem Jahre 1910/11. Die Kugeln waren gewandert und schließlich fühlbar geworden. Die eine saß dicht unter der Haut des Unterarms, hatte dort Abszeß- und Fistelbildung verursacht. Im anderen Falle saß das Geschoß unter dem Ligamentum carpi volare zwischen den Beugesehnen bindegewebig eingekapselt und mit diesem verwachsen. In beiden Fällen operative Entfernung unter Lokalanästhesie. Beide dienstfähig.

Ein Soldat in Banjo litt an einer schon Jahre bestehenden Fistel oberhalb des Nabels in der Linea alba an der Stelle einer alten Schußverletzung. Geschoßstücke konnten bisher nicht gefunden werden. Jetzt gelang es, in etwa 4 cm Tiefe in derbem Narbengewebe ohne Verletzung des Peritoneums ein Bleigeschoß in der Größe einer Fingerkuppe zu entfernen, wonach sich die Fistel rasch und endgültig schloß.

In Soppo handelte es sich um eine auf der Bafia-Expedition erhaltene Schußwunde. Es bestand ein Fistel 1 cm oberhalb der rechten Augenbraue. Ein größerer Knochensplitter wurde operativ entfernt, von Zeit zu Zeit stießen sich immer noch kleine Splitter ab. Der Soldat wurde nach 113tägiger Behandlung dienstfähig entlassen.

In Dume erlitt ein Soldat eine Schußverletzung an der linken Hand, es wurde die Hand amputiert, der Mann am 16. Tage dienstunbrauchbar zur Truppe entlassen. Ein anderer Soldat erlitt auf Patrouille dadurch, daß sein Hintermann unvorsichtig das Gewehr abdrückte, aus 3 m Entfernung einen Schuß durch das gebeugte Ellenbogengelenk. Befund: Klaffende Hautwunde und totale Zertrümmerung des Gelenks. Amputation 4 Tage später wegen beginnender jauchiger Eiterung. Verlauf danach reaktionslos. Der Mann wurde mit gut verheiltem Stumpf entlassen und von der Station Dume als Aufseher angestellt.

Jaunde. Der Fall betraf einen Soldaten vom Posten Bafia, welcher auf Patrouille mit einem Buschgewehr in den Oberschenkel geschossen war. Da auf dem Posten die Geschosse nicht entfernt werden konnten, wurde der Mann nach hier überwiesen. Nach Entfernung der Geschosse glatte Heilung. In Bafia waren 2 Fälle mit Pfeilschuß und 2 Fälle durch Vorderlader hervorgerufen, alle wieder dienstfähig entlassen.

Hieb- und Schnittwunden. Über einen Fall wird aus Soppo berichtet: Ein Soldat, welcher anscheinend an einem Unterleibsbruch litt, brachte sich nach seiner Aussage, um sich selbst zu helfen, mit einem Rasiermesser eine 7 cm lange, 3 Querfinger breit über der linken Leistenbeuge quer über den Bauch verlaufende Schnittwunde bei, aus welcher die Eingeweide hervorquollen. Derselbe wurde dem Regierungshospital Viktoria überwiesen, wo er nach 90 tägiger Behandlung als geheilt zur Truppe zurückgeschickt wurde. Nach 22 Tagen wurde er, weil wegen Narbenbildung das Tragen der militärischen Ausrüstung erheblich erschwert wurde, als dienstunfähig in die Heimat entlassen.

XIII. Durch tierische Parasiten verursachte Krankheiten.

Filariasis. In Duala 5 Fälle von Filariasis, an der in Duala etwa 20% der Bevölkerung leiden. Beschwerden entstehen nur dann, wenn der Filariawurm in das Auge gelangt oder wenn Tropenschwellungen auftreten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In Bamenda waren 3 Zugänge, davon handelte es sich in 2 Fällen um Tropenschwellung am Unterarm, in 1 Fall um Filaria unter der Augenbindehaut. Versuchte Entfernung im letzten Falle mißlang. Nach einigen Tagen spontanes Zurückgehen der Schwellung. Alle dienstfähig.

Ein Soldat in Banjo, bei dem schon früher Filarien und Eosinophilie im Tagespräparat gefunden waren, litt unter hohem Fieber und Schmerzen in der rechten Brusthälfte. Einige Tage konnte eine sehr geringe entzündliche Schwellung des M. trapezius in seinem oberen Rand beobachtet werden, sonst war der Befund negativ. Unter Salizylgaben verlief die schwere Erkrankung in $3^1/_2$ Wochen günstig. Filarien waren auch nachher unverändert nachzuweisen. Bei einem anderen Soldaten mit Filarien im Blut heilten große, tiefe Abszesse im Rücken und einem Oberschenkel nach Eröffnung. Der Eiter enthielt Staphylokokken.

Zur Beobachtung kam in Dume ein Fall mit unregelmäßigem Fieber und dauerndem lokalisierten Kopfschmerz, bei Parasitismus von Filaria perstans und diurna. Bei Ausschluß von Malaria, Trypanosomiasis, Ankylostoma wurden Filarien als ätiologisch angesehen. Therapeutische Versuche mit Atoxyl, Chinin, Thymol und Methylenblau versagten. Spontane Besserung ohne Änderung des Blutbefundes.

Ankylostomiasis. Von den beiden Fällen in Duala war der eine insofern bemerkenswert, daß er mit 35 % Hämoglobingehalt zuging. Nach einer Thymolkur gingen zahlreiche Würmer ab. Durch Darreichung von Eisen- und Arsenpräparaten hatte er sich bald soweit erholt, daß er entlassen werden konnte.

Sonstiges. Stabsarzt Dr. Gühne Duala berichtet: Von den Garua-Rekruten mußten fast die Hälfte wieder als dienstunbrauchbar nach kurzer Zeit entlassen werden, meist wegen Schwachsinns oder Körperschwäche. Wie schon der Resident aus Garua mitteilte, war der Ersatz ein schlechter. Die Leute waren fast durchweg ungern und nach langer Überredung zum Soldatendienst gegangen, der Klimawechsel und die veränderte Lebensweise brachten sie sehr herunter, so daß eine engere Auswahl getroffen werden mußte.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

C. Deutsch-Südwestafrika.

Berichterstatter: Oberstabsarzt Dr. Berg.

1. Krankenbewegung.

Deutsche Militärpersonen.

Zugang:

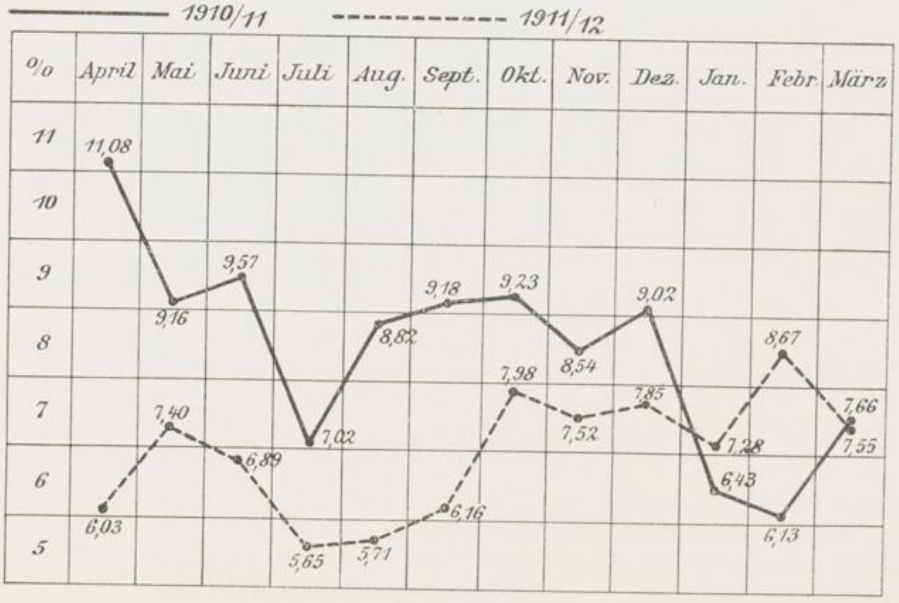
Die durchschnittliche Iststärke	2020,50
Bestand waren	63
Zahl der Zugänge	1720
Zahl der Behandlungstage	28347
Verhältnis des Zugangs zur Iststärke	85,1 %

Abgang:

Als dienstfähig	1631
Gestorben	3
Anderweitig	75
Bestand bleiben	74

Der Gesamtkrankenzugang betrug 1720 gegen 2008 des Vorjahres bei annähernd gleicher Iststärke (1911/12 2020,50; 1910/11 1972,86). Der Rückgang ist im wesentlichen durch das geringe Auftreten der Malaria bedingt. (249 im Jahre 1910/11, 59 im Berichtsjahr.)

Die folgende Kurve zeigt die prozentuale monatliche Verteilung des Krankenzugangs im Vergleich zum Vorjahre.



Typhus. 29 Zugänge gegen 19 im Vorjahre.

Die Mehrzahl der Fälle trat während der Regenzeit auf. In den trockenen Monaten Juli, August, September und November kam keine Typhuserkrankung vor.

Die im Bereich der Truppenstationen ausgebrochenen Fälle blieben dank der sofort getroffenen Maßnahmen vereinzelt. Es handelte sich um ausschließlich der Truppe zur Verfügung stehende Plätze, auf denen die Gegenmaßregeln streng durchgeführt werden konnten. Schwieriger lagen die Verhältnisse in Orten mit größerer Zivilbevölkerung: Windhuk, Keetmanshoop und Outjo.

In Windhuk kommen seit einer Reihe von Jahren in allen Bevölkerungskreisen Typhusfälle vor, die gelegentlich zu gehäuftem Auftreten aufflackern. Meist sind die Fälle über den ganzen Stadtbezirk verstreut. Seltener kommt es zu örtlich begrenzten Herden. In den Einzelfällen hat sich trotz genauester Nachforschung seitens der Truppe über die Ursache nichts Sicheres ermitteln lassen. Auch die bei der Truppe zum Ausbruch gekommenen Ansteckungen kamen meist in räumlich weit auseinandergelegenen Stadtbereichen vor. Eine Übertragung durch das Windhuker Wasser ist nach den mehrfachen im Garnisonlazarett und im chemischen Laboratorium des Sanitätsamts vorgenommenen Untersuchungen mit Bestimmtheit auszuschließen. Wahrscheinlich ist die Übertragung durch die massenhaften Fliegen, Eingeborenen, Staubaufwirbelungen erfolgt. Die zahlreichen kleineren und größeren Wasserläufe, die während der Regenzeit die reichlichen Niederschläge von den umgebenden Höhen durch Windhuk abführen, verbreiten die Keime in unberechenbarer Weise überallhin. Es wird sich somit um zahlreiche kleine Herde handeln. Der Truppe gelang es, die Weiterverbreitung der in den Kasernements zum Ausbruch gekommenen Erkrankungen zu verhindern. Da Infektion durch Genuß frischen Obstes usw. nicht ausgeschlossen erscheint, mußte auch die Verwendung von unabgekochtem Gemüse (Salat) und Obst für die Truppenmessen zeitweise verboten werden. Eine gründliche Sanierung des Platzes ist nur durch gemeinsames Vorgehen mit der Zivilbehörde möglich. Dies ist schon lange angestrebt und scheint jetzt der Verwirklichung nahe. In erster Linie kommt Neuregelung der Latrinen nach dem bereits im vorigen Jahresbericht erwähnten fliegensicheren System in Frage. Sodann Einrichtung von Aborten für die Eingeborenen, möglichste Entfernung der kleineren Eingeborenenwerften aus dem Häuserbereich, Regelung der Abfuhr und Kanalisation.

Ähnlich liegen die Verhältnisse in Keetmanshoop. Dort kamen bei der Truppe 4 Fälle vor, und zwar auch räumlich und zeitlich verteilt. Auch hier war die Ansteckungsquelle im einzelnen nicht zu ermitteln. Das Wasser eines in der Feste gelegenen Brunnens wurde zwar als keimhaltig, jedoch frei von Typhusbazillen gefunden. Dieser Brunnen wurde geschlossen. Wäre aber sein Wasser die Ursache der in Frage kommenden Erkrankungen, so würden zweifellos noch viel mehr Ansteckungen unter den übrigen Benutzern dieses Brunnens zu verzeichnen sein. Vielleicht kommt es jedoch als begünstigendes

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Moment durch Hervorrufung von den Boden vorbereitenden Darmstörungen in Frage. Dauernde Abhilfe könnte auch hier nur durch gründliche Sanierung des Platzes Hand in Hand mit den Zivilbehörden geschaffen werden.

Der 3. Platz, der mehrfache Typhuserkrankungen aufwies, war Outjo. Auch an diesem, in den letzten Jahren von Zivilbevölkerung stärker besiedelten Ort liegen ähnliche, wohl nur noch schlimmere Verhältnisse vor als in Windhuk und Keetmanshoop. Unter den Mißständen, mit denen die nach einjähriger Abwesenheit an diesen Platz zurückgekehrte 6. Kompagnie zu kämpfen hatte, kamen besonders in Frage: Die zum Hauptrevier führenden Nebenreviere waren durch private Müllabfuhrplätze der Zivilbevölkerung verschmutzt; die Eingeborenenwerften lagen oberhalb der in diesem Hauptrevier angelegten Brunnen dicht am Rande des Reviers. Ein Verseuchen der Brunnen war unvermeidlich.

Die Truppe sorgte zwar sofort für gründliche Säuberung des ganzen Platzes. Die in der Anlage und Verteilung der Gebäude beruhenden hygienischen Mißstände konnten jedoch nicht sofort beseitigt werden. So lag das Eingeborenengefängnis des Bezirkamtes in unmittelbarer Nähe der Truppenkaserne. Die mit jeder Eingeborenenansammlung verbundene Fliegenmasse fand ihren Weg leicht und rasch zu den wegen Raummangels stark überbelegten Kasernen.

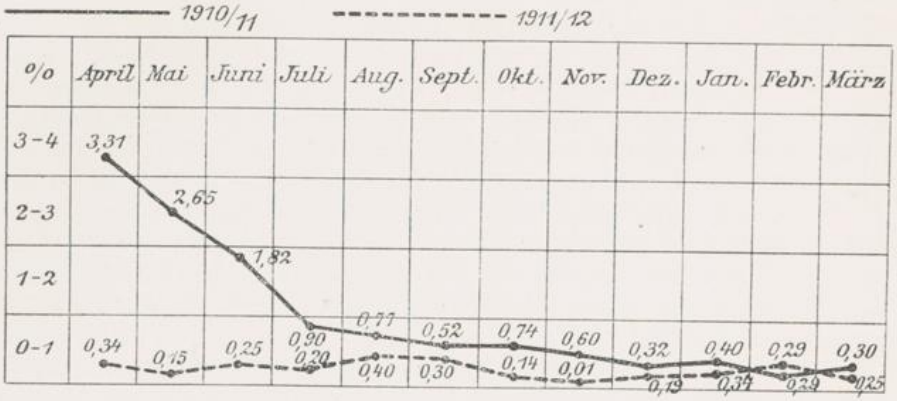
Unter den bei der Truppe beobachteten Fällen ist auf das Trinkwasser nur eine Infektion zurückzuführen. Der zuerst Erkrankte gab zu, trotz des strengen Verbots unabgekochtes Wasser getrunken zu haben, die übrigen sind teilweise als Kontaktinfektionen während der Inkubationszeit, mit größerer Wahrscheinlichkeit aber als durch Fliegen übertragen zu betrachten.

Abwehrmaßnahmen waren bereits vorher in Voraussicht der zu erwartenden Infektion getroffen. Zu ihnen gesellten sich nach dem Auftreten der Erkrankungen häufige mit Belehrungen verbundene Untersuchungen zwecks frühzeitiger Ermittelung Infizierter noch während des Inkubationsstadiums, ferner die bei der Truppe üblichen scharfen Desinfektionsmaßnahmen in jedem einzelnen Fall. Der Erfolg ist immerhin der, daß trotz des engen Zusammenliegens die naheliegende Masseninfektion verhindert werden konnte. Da die Revierstube nicht zur Isolierung genügte, wurde für schleunigen Bau einer Isolierbaracke gesorgt. Die allgemeinen Besserungsarbeiten nehmen inzwischen ihren Fortgang. Außerdem wurde auf Drängen der Truppe die Verlegung der Eingeborenenwerften erreicht und eine Sanitätsverordnung zu erwirken versucht. Wie nachträglich bekannt geworden, ist das Bezirksamt vom Gouvernement zum Erlaß dieser Sanitätsverordnung ermächtigt worden.

Malaria. Zu massenhaftem Auftreten der Malaria kam es im Berichtsjahr nicht. Die vorjährige geringe Regenzeit zeitigte nur wenig Erkrankungen. Insgesamt kamen 59 Fälle zur Behandlung, gegen 249 des Vorjahres. Dabei handelte es sich um 31 Ersterkran-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

kungen und 28 Rückfälle. Die folgende Kurve zeigt die prozentuale Verteilung auf die einzelnen Monate und gibt einen Vergleich mit dem Vorjahr:



Doch auch die verhältnismäßig starke Regenzeit 1911/12 brachte nicht die befürchtete Häufung. Ein endgültiges Urteil über die Folgen dieser Regenzeit ist noch nicht möglich. Immerhin aber scheint es, als ob die in Friedensarbeit entstandenen mechanischen Schutzvorrichtungen im Verein mit der Prophylaxe zur Einschränkung der Malaria wesentlich beigetragen haben. Abgesehen von einzelnen Plätzen des Nordens, waren die Erkrankungen hauptsächlich durch Infektionen auf Patrouillen bedingt.

Tuberkulose kam im Berichtsjahr bei Schutztruppenangehörigen nur einmal — als Nebendiagnose »latente Tuberkulose« — zur Beobachtung. Lungenspitzenkatarrh mit chronischem Verlauf wurde in 3 Fällen festgestellt, von denen 2 sich an Bronchialkatarrh anschlossen, während der andere gelegentlich der Behandlung mit einer Kopfwunde gefunden wurde.

Ruhr. Bei dieser Infektionskrankheit ist mit 36 Zugängen gegen 18 im Vorjahre ein erheblicher Anstieg zu verzeichnen. Im allgemeinen entspricht die Verteilung der Ruhrfälle den Typhuserkrankungen. Auch hier sind in erster Linie die Plätze mit größerer Zivilbevölkerung — Windhuk, Keetmanshoop und Outjo — betroffen. Die Erkrankungen sind auf die gleichen bereits unter Typhus besprochenen Mißstände zurückzuführen. Die Erkrankungen unter der 4. Kompagnie beruhen auf vorübergehendem Aufenthalt in Windhuk, ebenso ein Teil der aus Okanjande gemeldeten Erkrankungen.

Die übrigen Truppenteile wurden nur von vereinzelten Fällen betroffen, die auf gelegentliche Infektionen im Patrouillendienst, bei den Bahnbaukompagnien auf unvermeidliche Berührung mit bazillentragenden Eingeborenen zurückzuführen sind.

Gelenkrheumatismus. 6 Zugänge im Berichtsjahr gegen 10 des Vorjahres. 4 davon fielen in die Regenzeit (Januar bis März), 2 in

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

die trockenen und kalten Monate (April und Juni). Wahrscheinlich ein Zufall; im Vorjahre ließ sich eine besondere Bevorzugung einzelner Monate nicht erkennen.

Tierische Gifte. 1 Schlangenbiß, 3 Skorpionstiche, 2 Insektenstiche. Die Schlangenbißverletzung war ein Hornviperbiß.

Maltafieber. Die 4 Fälle des Berichtsjahrs stammen aus Regenstein bzw. Windhuk, Okanjande (Nordbezirk), Chamis und Koes (Südbezirk).

Der aus Chamis gemeldete, am 30. Juli 1911 zugegangene war bereits in der Zeit vom 13. Dezember 1910 bis 2. März 1911 an Maltafieber erkrankt.

In dem aus Okanjande gemeldeten Fall ist Infektion durch Genuß rohen Gemüses nicht auszuschließen. Der in Omaruru wohnende Gemüselieferant der 10. Kompagnie war, wie nachträglich festgestellt, an Maltafieber erkrankt gewesen. In den übrigen Fällen hat sich nichts Näheres ermitteln lassen. Übertragung durch Ziegenmilch oder durch Berührung mit Ziegen ist bei der wachsenden Menge dieses Kleinviehs wahrscheinlich.

Nervenschwäche. Die Zahl der Zugänge an Nervenschwäche ist mit 4 verhältnismäßig gering. Die Friedenszeiten haben gegen früher eine Besserung eintreten lassen. Immerhin ist »erhöhte Reizbarkeit« noch recht oft zu beobachten, auch wenn es zur Krankmeldung nicht kommt. Der Südbezirk scheint für solche Zustände besondere Gelegenheit zu geben. Klimatische Einflüsse wie stärkere Strahlenwirkung der Sonne und Staubstürme mögen sich hier mit psychischen (mangelnde Abwechslung, insbesondere teilweise öde, reizlose Gegenden) verbinden. Wie rasch eine in Deutschland schon vorhandene, aber noch verborgen gebliebene Nervenschwäche hier zum offenen Ausbruch kommt, zeigt der unter Kasuistik erwähnte Fall.

Zur Beobachtung (Geisteszustand). Die 4 Beobachtungen auf den Geisteszustand schlossen sich 1 mal an auffallendes Benehmen, 3 mal an militärische Vergehen an. Sie ergaben 3 mal Entlassung als dienstfähig bzw. Nichtvorliegen des Schutzes des § 51 R. St. G. B. In einem Fall ist die Beobachtung auf das Zutreffen dieses Paragraphen noch nicht abgeschlossen.

Bronchialkatarrh, Lungenentzündung und Brustfellentzündung. Das Berichtsjahr verzeichnet eine mäßige Erhöhung des Zugangs an Bronchialkatarrhen und Lungenentzündungen gegen das Vorjahr (57 gegen 49, 4 gegen 2). Die begünstigenden Faktoren liegen in den täglichen und halbjährlichen Extremen des hiesigen Klimas: Wechsel zwischen einer trockenen, sturm- und staubreichen Periode mit kalten Nächten und einer regenreichen Zeit, die dauernd Gelegenheit zu Durchnässungen gibt.

Kälte und Staubstürme begünstigten im Berichtsjahr das Entstehen von 3 Lungenentzündungen in den Monaten Juli bis September. In der Regenzeit kam diesmal nur eine (im Januar) vor.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei den Bronchialkatarrhen ist im Rapport eine besondere Bevorzugung einzelner Monate nicht zu erkennen.

Herz, Blutarmut. Die Zugangsziffer an Herzmuskelschwäche betrug im Berichtsjahr nur 27 gegen 41 des Vorjahres; dem steht auf der anderen Seite ein Mehr an nervösen Störungen von 5 : 11 und Herzerweiterungen (geführt unter Nr. 75) von 2 : 5, endlich Blutarmut von 11 : 18 gegenüber. Diese Zahlen geben kein genaues Bild. Es sind zunächst einzurechnen bei Herzmuskelschwäche 12, bei nervöser Störung 1, die unter anderen Hauptdiagnosen geführt wurden. Weit größer ist die Zahl derer, bei deren Heimsendung nach Ablauf der Dienstverpflichtung Tropendienstunfähigkeit infolge Herzstörungen festgestellt wurde. Diese erscheinen nicht im Krankenrapport, da sie sofort nach Deutschland fahren und einer besonderen Behandlung nicht mehr bedürfen.

Die im Rapport nicht sehr hohe Zugangsziffer der Bahnbaukompagnien gibt ebenfalls nicht den tatsächlichen Zustand wieder. Der Befund der meisten wich von der Regel in weit höherem Maße ab als bei anderen Truppenteilen. Dieses allgemein ungünstige Untersuchungsergebnis hatte zur Folge, daß nur die mit ernsteren Erscheinungen der Revierbehandlung zugeführt wurden. Bei den übrigen, die bei anderen Truppenteilen wahrscheinlich krank geschrieben worden wären, wurde der Zustand durch vorübergehende Zuteilung eines leichteren Arbeitszweiges auszugleichen versucht.

Über die Ursachen und den Verlauf wird unter C berichtet werden.

Zahnerkrankungen erscheinen selten im Rapport, die Behandlung findet meist neben dem Dienst statt. Der Militärzahnarzt hat über seine diesjährige, durch Abwesenheit auf Heimatsurlaub nur auf 6 Monate sich erstreckende Tätigkeit folgende Aufstellung eingereicht:

Stationen	Zahl der Behandelten	Füllungen	Arsenik	Reinigung	Extraktion	Künstliche Zähne
Arahoab	47	117	20	4	2	—
Windhuk	135	210	29	15	6	7
Karibib	66	100	25	3	20	1
Regenstein	45	90	8	3	—	1
Okawayo	17	25	3	—	2	—
Swakopmund ..	7	12	1	—	—	3
Okanjande	50	106	29	11	3	4
Summe	376	660	115	36	33	16

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Der Zustand der Gebisse war bei den Mannschaften des Transportes 1911 besser als bei den früheren Transporten. Im übrigen ist über Besonderheiten im Verlauf von Zahnerkrankungen nichts zu berichten.

Akuter Darmkatarrh. Die Zugangsziffer beträgt 245 gegen 188 des Vorjahres. Zu den Schädigungen, wie sie in jedem Jahr durch die hiesigen klimatischen Einflüsse hervorgerufen wurden, gesellte sich im Berichtsjahr noch ein Sinken des Grundwasserspiegels und damit teils leichtere Verschmutzungsmöglichkeit der stärker beanspruchten Wasserstellen, teils erhöhter Salzgehalt infolge von Verdunstung. Entsprechendes war nach den geringen Niederschlagsmengen im vorigen Jahresbericht vorausgesagt. Die sehr reichliche Regenzeit des Berichtsjahres hob den Grundwasserspiegel zwar wieder, begünstigte aber Darmerkrankungen einerseits infolge von häufigen Durchnässungen, andererseits durch Verschmutzung und Keimverschleppung.

Tripper, Syphilis. Tripper ist im Berichtsjahre mit 69, Syphilis mit 36 Fällen gemeldet. Zusammen entspricht das einem Verhältnis zur Iststärke von 5 %. Im Vorjahre betrug der Prozentsatz 7,2; 1909/10 8,3; 1908/09 12,29; 1907/08 13,83 %.

Es ist somit weiterhin ein erfreuliches Sinken der Zugangsziffer festzustellen, obwohl die Vorbeugungsmaßnahmen mit der zunehmenden Besiedelung des Landes immer schwieriger werden. In Wirklichkeit stellt sich das Verhältnis der Geschlechtskrankheiten zur Iststärke im Berichtsjahre noch günstiger. Die vorliegende Berechnung beruht auf den rapportierten Fällen. Davon müßten aber noch eine Reihe von solchen unter Nr. 123 geführten Zugängen abgezogen werden, die lediglich auf Grund früher überstandener Syphilis auch ohne offensichtliche Erscheinungen einer Salvarsanbehandlung unterzogen wurden. Von dieser vorbeugenden Salvarsanbehandlung wurde so oft als möglich Gebrauch gemacht. Diese Leute wurden ebenso wie geeignete Fälle noch bestehender Syphilis nur zu den jeweiligen Salvarsanbehandlungen ins Lazarett aufgenommen und zwischendurch wieder entlassen, erscheinen also im Rapport mehreremale.

Nach Abzug dieser stellt sich das Verhältnis der Geschlechtskrankenzugänge zur Iststärke auf nur 4,49 %.

Die prophylaktischen Maßnahmen bestanden in häufigen Untersuchungen der Mannschaften und der Eingeborenen; ferner in eingehenden Belehrungen über Wesen und Gefahren der Geschlechtskrankheiten und über Selbstschutz.

Das im Jahre 1910 hier herausgesandte Selbstschützermodell hat sich als zu unhandlich erwiesen. Es ist in seiner Anwendung, die ja vielfach auch in der Dunkelheit stattfinden muß, zu kompliziert, außerdem zu zerbrechlich. Auf jedem größeren Marsch wurde eine Anzahl unbrauchbar. Ein neues kleineres und handlicheres Modell ist beantragt und bald zu erwarten. Im übrigen haben sich die Selbstschützer als ein unentbehrliches Vorbeugungsmittel erwiesen. Die Erkrankten haben

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

ihn aller Wahrscheinlichkeit nach nicht, zu spät oder ungenügend angewandt. Die Belehrungen werden den Rest dieser Indolenten noch mehr verringern und hoffentlich bald ganz zum Schwinden bringen.

Lider. Die unter »Gesundheitsverhältnisse der Eingeborenen« näher beschriebenen serösen Schwellungen der Augenlider wurden bei der Truppe nicht beobachtet.

Mittelohr. Es handelt sich um beiderseitigen Tubenkatarrh bei einem an Ekzem im rechten äußeren Gehörgang Erkrankten.

Furunkel: 102 Zugänge.

Gutartige Geschwülste. Es handelt sich in einem Fall um Schilddrüsenentzündung, in einem weiteren um Geschwulst an der rechten Halsseite (Dermoidcyste?), in den übrigen um eine Fettgeschwulst, sonst um Balggeschwülste.

Gelenkentzündungen. Die Ursachen waren in einem Fall Tripper, in den übrigen teils nachgewiesene, teils wahrscheinliche Verletzungen.

Mechanische Verletzungen. 404 Zugänge. Ein großer Teil der Verletzungen ist durch den Bahnbau bedingt. Weitere Ursache gaben die ausgiebige Beschäftigung der Mannschaften mit den verschiedensten Handwerkerarbeiten zur Einrichtung, Instandhaltung und Verbesserung der Stationen. Dazu kommt der Umgang mit Tieren, das Zureiten der Remonten und die dadurch bedingten Biß- und Schlagverletzungen, endlich die Besonderheiten des hiesigen Geländes und der Dornreichtum des Landes.

Bandwurm. 51 Zugänge gegen 83 des Vorjahres. Der Rückgang ist offenbar durch scharfe Fleischuntersuchung und Verbesserung der Kücheneinrichtungen bedingt.

Klimatische Verhältnisse.

Regenfälle: Im allgemeinen hat der Norden die doppelte bis dreifache Niederschlagsmenge gegenüber dem Süden. So auch diesmal. Der Süden kommt mit einer viel geringeren Niederschlagsmenge aus als der Norden. Ein Drittel der für den Norden nötigen Menge reicht für Graswuchs und Füllung der Wasserstellen. Sie genügt aber auch, Malaria in einem Maße entstehen zu lassen, wie es im Nordbezirk bei gleich geringen Niederschlägen nicht zu beobachten war. Diese Regenzeit wird eine Probe auf die Wirksamkeit der prophylaktischen Maßnahmen gegen die Malaria sein.

Temperaturen: Über die jähen Temperaturschwankungen wurde bereits im Vorjahre berichtet. Die diesjährige Trockenzeit zeitigte an einigen Orten besonders starke Kältegrade. Auf Farmplätzen wurden bis zu — 14° gemessen. Auch im hohen Norden wurden Temperaturen unter Null — wenn auch nur wenige Grad — und Eisbildung in Wassergefäßen beobachtet. Abnorm heiße Tage wurden aus Warmbad und Narubis berichtet. Hier ist die Sonnenbestrahlung von besonderer

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Intensität. Die durch nichts geschützten Felsen strahlen wie der steinige Boden überhaupt die Hitze mit fast unverminderter Kraft zurück. Warmbad liegt zudem in einer Mulde; die umgebenden Höhen halten erfrischenden Luftzug ab. Berüchtigt wegen seiner Hitze ist auch Keetmanshoop, das ebenfalls teilweise von Wind abhaltenden Höhen umgeben ist.

Einen Überblick über die Temperaturverhältnisse in verschiedenen Gegenden mögen die anliegenden Tabellen geben. Die Messungen wurden in doppelt gedeckten, gegen Strahlung geschützten Thermometerhäuschen vorgenommen.

S. 658, 659

Im allgemeinen hat der Norden höhere Durchschnittstemperaturen. Extreme nach Hitze und Kälte sind jedoch im Süden häufiger zu beobachten.

Luftbewegung: Der vom Vorjahre her ausgetrocknete Boden begünstigte Staubaufwirbelung mehr als gewöhnlich. Sandstürme und Windhosen waren überall zu beobachten. Besonders wieder im Süden.

Die unmittelbaren Folgen dieser Staubwinde sind Reizungen der Luftwege und der Augenbindehäute. Eine Milderung der Temperatur bewirken diese Stürme nicht. Sie entsprechen der Tagestemperatur und können in der heißen Zeit eher noch drückendere Hitze bringen. Länger dauernde Einwirkungen solcher ungünstigen klimatischen Verhältnisse führen zu nervöser Reizbarkeit, wie sie im Süden häufiger zu beobachten ist.

Militärische Unternehmungen.

Abgesehen von Patrouillen kamen in Frage die Okawango-Expedition in den Monaten Juli—Oktober, das Manöver und die Tätigkeit der Bahnbaukompagnien.

An die Okawango-Expedition nahmen teil die 10. Kompagnie, 6. Kompagnie und 1. Kompagnie, die 2. Batterie, der Maschinengewehrzug 1 und der Verkehrszug 1. Die 3 Kompagnien waren durch ihre Truppenärzte begleitet. Diese Expedition wurde durch alarmierende Nachrichten plötzlich erforderlich. Zu eingehenden Vorbereitungen war keine Zeit. Es zeigte sich jedoch, daß trotz der Eile die getroffenen Maßnahmen auch für die dortigen Verhältnisse genügten. Der Krankenzugang in dieser Zeit beschränkte sich auf Malaria, Darmerkrankungen und Verletzungen. Bei den letzteren ist besonders hervorzuheben, daß die Erhaltung eines durch Löwenbisse schwer verletzten Mannes trotz der schwierigen Verhältnisse gelang.

Die Manöver fanden im Südbezirk in der Gegend von Gibeon, Kub, Maltahöhe statt. Es nahmen teil: 2., 3., 4., 5., 9. Kompagnie, 1. und 3. Batterie, 2. und 3. Maschinengewehrzug, Verkehrszug 2; außerdem wurde ein mobiles Feldlazarett probeweise aufgestellt und mitgeführt. Wesentliche Erkrankungen und Verletzungen kamen während des Manövers nicht vor. Die getroffenen sanitären Maßnahmen erwiesen sich als ausreichend. Das mobile Feldlazarett bewährte sich im allgemeinen. Insbesondere zeigte sich, daß es in der Lage war, der Truppe

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nord

Monat	Okanjande durchschnittlich					Johann-Albrechtshöhe				
	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.
April 1911	10,63	27,57	16,57	6	32	18,03	30,20	19,27	6	36
Mai 1911	8,19	21,52	12,48	0	28	13,48	24,00	15,35	0	32
Juni 1911	3,29	17,14	12,32	0	24	9,20	19,53	11,77	0	23
Juli 1911	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
August 1911	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
September 1911	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Oktober 1911	16,75	34,25	21,25	12	39	20,13	34,68	19,19	7	40
November 1911	14,67	28,87	16,73	8	37	21,13	34,27	19,90	8	43
Dezember 1911	15,52	31,16	16,39	10	41	22,00	36,00	20,90	12	47
Januar 1912	15,93	28,19	16,29	12	38	21,06	32,03	20,19	12	40
Februar 1912	15,49	26,21	15,12	8	33	20,48	33,34	19,72	10	40
März 1912	14,29	26,23	12,77	6	31	20,23	32,16	20,29	10	37

Noch:

Monat	Narubis					Warmbad				
	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.
April 1911	21,77	29,77	24,83	10	34	17,1	29,0	19,9	7	38
Mai 1911	15,19	24,45	19,45	8	32	12,2	22,6	15,9	3	32
Juni 1911	6,07	20,07	12,03	1	25	7,67	18,77	11,13	0	24
Juli 1911	.	.	.	.	.	6,5	18,6	11,0	1	26
August 1911	.	.	.	.	.	6,2	20,5	10,6	−2,0	33
September 1911	.	.	.	.	.	12,7	27,0	15,5	2	33
Oktober 1911	.	.	.	.	.	18,0	30,9	20,8	9	38
November 1911	.	.	.	.	.	21,6	32,4	22,7	12	38
Dezember 1911	22,81	36,66	27,90	15	41	24,4	36,6	26,0	12	44
Januar 1912	22,83	36,84	26,97	13	42	23,7	36,0	26,7	12	45
Februar 1912	20,59	33,86	22,72	13	39	21,9	35,2	25,6	13	40
März 1912	18,55	31,97	22,16	12	35	20,4	34,6	25,1	12	39

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

bezirk.					Südbezirk.				
Otavi					Chamis durchschnittlich				
7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.
$20^{12}/_{30}$	$31^{13}/_{30}$	$23^{14}/_{30}$	14	36	18,12	31,22	22,60	9	33
$13^{27}/_{31}$	$27^{22}/_{31}$	$17^{26}/_{31}$	6	32	16,00	24,00	18,00	6	30
$10^{19}/_{30}$	$25^{3}/_{30}$	$19^{5}/_{30}$	4	28	11,00	20,00	15,00	3	28
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
24,04	35,80	22,5	16	39	.	.	.	.	.
22,00	32,33	17,5	14	40	.	.	.	.	.
22,97	35,42	22,81	16	39	.	.	.	.	.
19,39	26,64	19,61	14	35	26,00	34,00	27,00	16	40
18,14	27,10	18,21	14	32	25,00	32,00	27,00	17	39
18,42	28,35	19,32	14	33	21,00	31,00	26,00	18	35

Südbezirk.

Ukamas					Gochas				
7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.	7 Uhr	2 Uhr	9 Uhr	Min.	Max.
16,57	28,30	15,43	.	.	15,5	31,7	17,5	5	35
12,55	28,19	12,77	.	.	10,0	27,28	14,14	2	29
6,6	19,77	10,07	.	.	5,0	19,5	9,25	— 5	24
6,09	20,77	10,67	.	.	.	.	.	.	.
9,65	22,71	11,45	4	29	.	.	.	.	.
10,67	25,53	13,77	4	33	.	.	.	.	.
18,03	29,74	20,51	9	38	17,11	30,6	21,26	8	38
22,27	30,67	22,07	13	39	20,15	30,8	21,13	13	40
23,45	33,87	26,84	11	40	17,30	31,7	22,6	14	43
24,03	33,94	27,00	13	42	21,4	34,25	23,19	14	40
22,72	33,45	25,41	15	39	20,14	32,11	21,0	14	40
20,6	31,68	23,65	13	36	21,30	31,13	21,9	9	36

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

rasch zu folgen. Maßnahmen zur Beseitigung einiger kleiner Mängel werden im diesjährigen Manöver ausprobiert werden.

Bahnbau. Am Umbau der Bahn Karibib–Windhuk und dem Vorbau von Windhuk nach Kub war anfangs die 6., später die 4. Kompagnie beteiligt. In den letzten Monaten wurde die 4. durch die von Arahoab herangezogene 1. Kompagnie abgelöst. Der Bau der Strecke Keetmanshoop–Kub beschäftigte die 9. Kompagnie. Die relativ hohe Erkrankungsziffer dieser Truppenteile gibt ein Beispiel für die durch dauernden Lageraufenthalt verbunden mit anhaltenden körperlichen Anstrengungen hervorgerufenen Gesundheitsstörungen. In Frage kamen in erster Linie Herz- und Darmerkrankungen. Im allgemeinen Interesse der Truppe ist es zu begrüßen, daß diese Tätigkeit jetzt durch Vollendung der Strecke Windhuk–Keetmanshoop und durch Beendigung des Umbaues der Linie Karibib–Windhuk abgeschlossen ist.

2. Sanitäre Maßregeln.

Unterkunft. Über die Bedeutung einer geeigneten Unterbringung und über die Abweichungen, die das hiesige Klima von der heimischen Bauweise bedingt, wurde im vorigen Jahre berichtet.

Durch Neubauten und durch Umbau bestehender Anlagen sind weitere erfreuliche Fortschritte gemacht worden, doch bleibt noch viel zu schaffen.

Es wurden fertiggestellt:

Wohngebäude:

4. Kompagnie Regenstein. 1 Offizierwohnhaus.
5. Kompagnie Chamis. 2. Mannschaftskaserne.
7. Kompagnie Gochas. Kaserne mit 4 Wohnräumen.
9. Kompagnie Kabus. 1 massives zweizimmeriges Offizierhaus.
2. Batterie. Johann-Albrechtshöhe. Wohnhaus für je 1 Waffenmeister und Unterzahlmeister, mit Veranda und 4 Zimmern.
3. Batterie Kranzplatz. 1 Offizierhaus.

Wirtschafts- und Nebengebäude:

2. Kompagnie Ukamas. 1 Mannschaftslatrine, 1 Waschhaus 1 Haus für Schmiede und Tischlerei.
3. Kompagnie Kanus. 1 Kühlhaus.
7. Kompagnie Gochas. Küchengebäude, Latrinengebäude, Verwaltungsgebäude, Magazingebäude.
1. Batterie Narubis. Bäckerei, Badeanstalt, Werkstättenhaus und als Anbau Kantine, Küche, Munitionsraum; Latrinengebäude.

Garnison Keetmanshoop. 1 Badeanstalt.

2. Batterie Johann–Albrechtshöhe. 1 Schwimmbassin.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Recht gut ist die 1. Batterie in Narubis untergebracht. Dort wohnen sämtliche Offiziere und Mannschaften in festen, gesundheitlichen Anforderungen genügenden Häusern. Den Gegensatz dazu bildet die 3. Batterie. Schon früher in Kais ungenügend untergebracht, mußte sie sich auch in ihrem neuen Standort Kranzplatz bei Gibeon zunächst mit provisorischer Unterbringung begnügen. Für feste Bauten waren im Betriebsjahr keine Mittel vorhanden; sie sind für den Etat 1912 eingestellt. Ferner hatte die 6. Kompagnie nach Rückkehr zu ihrem alten Platz Outjo mit ungünstigen Verhältnissen zu kämpfen. Die zur Verfügung stehenden Räume waren nur auf 60 Mann eingerichtet, da früher ein Teil der Kompagnie auf Außenposten lag. Erweiterungsbauten werden sobald als möglich vorgenommen werden.

Auch auf den übrigen Plätzen müssen noch manche in Kriegszeiten rasch hergerichtete und nur auf Abhilfe dringendster Mißstände berechnete Bauten durch neue, hygienischen Anforderungen entsprechende ersetzt werden.

Über die Unterkunft der Bahnbaukompagnieen wurde im vorigen Jahre eingehend berichtet.

Die Unterbringung der Kranken läßt noch viel zu wünschen übrig. Auf Truppenplätzen mußte mangels anderer Unterkunftsmöglichkeiten und Geldmittel noch häufig auf Döckersche Baracken bzw. auf deren aus Kriegszeiten stammende Reste zurückgegriffen werden. In Kriegszeiten sind diese Baracken, da relativ leicht zu transportieren und rasch aufzubauen, sehr zweckmäßig. Als dauernde Unterkunft gewähren sie jedoch nicht genügenden Schutz gegen die jähen Temperaturschwankungen und sind noch dazu recht teuer. Die Friedenszeiten, das Interesse des einzelnen und das des Staates fordern dringend Wandel.

Verpflegung. Die Verpflegung krankt noch an der Notwendigkeit, Magazinbestände in ausgedehntem Maße verwenden zu müssen.

Besonders unangenehm wird der durch die bisherigen Verhältnisse gebotene Verzicht auf den größten Teil der angebotenen frischen Gemüse, Kartoffeln und frischer Butter empfunden. Die Nährwertberechnungen ergeben allerdings auch bei reiner Magazinverpflegung eine genügende Kalorienmenge.

Günstiger stehen sich nur die Truppenteile, die in der Lage sind, einen eigenen Garten zu unterhalten und die womöglich noch auf Wildabschuß rechnen können. Dazu gehörten in erster Linie die jetzt aufgelösten Maschinengewehrzüge 1 und 3 in Otavi und Churutabis. Von den anderen Truppenteilen werden die bisherigen Gartenanlagen erweitert, soweit als Boden- und Wasserverhältnisse dies zulassen.

Die ausgiebige Inanspruchnahme von Magazinbeständen ergibt sich aus der Notwendigkeit, die Kriegsreserve aufzufrischen.

Eine Herabsetzung der Kriegsreserve wird angestrebt. Sie wird sich durch den fortschreitenden Anbau des Landes und das infolgedessen steigende Angebot von Landesprodukten rechtfertigen lassen. Dann ist zu hoffen, daß das bisherige System aufgegeben und von

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

frischen Landesprodukten der dringend erwünschte ausgiebige Gebrauch gemacht werden kann.

Trinkwasser. Die hiesigen Wässer zeigen fast durchgehend einen wesentlich höheren Gehalt an Chloriden und Sulfaten.

Als typisch für einen großen Teil der hiesigen Wässer würde die folgende, im chemischen Laboratorium des Sanitätsamts festgestellte Analyse gelten können:

Natrium sulfat	78,28
Natrium chlorid	23,40
Natrium carbonat	75,91
Magnesium carbonat	3,51
Calcium carbonat	7,29
Eisen (Fe 03)	0,28
Kieselsäure (Si 02)	9,20
Abdampfrückstand	205,00

Der Abdampfrückstand geht zuweilen bis 520 und darüber, wobei meist nicht die Carbonate, sondern die Sulfate und Chloride im Verhältnis zur Steigerung des Abdampfrückstandes zunehmen. Bei dem oben als typisch aufgeführten Wasser z. B. ist der besonders schädliche Schwefelsäuregehalt in 100 000 Teilen = 44, bei dem Warmbader Trinkwasser 80, und bei einem Wasser mit einem Abdampfrückstand von 520 = 115.

Die geringe Regenzeit 1910/11 hatte eine bedenkliche Verschlechterung der Wasserverhältnisse sowohl an Menge wie an Beschaffenheit zur Folge. An größeren Plätzen wie Windhuk und Keetmanshoop wurde der Wassermangel zu einer Kalamität, die sich besonders in den Garnisonlazaretten bemerkbar machte. An Beschaffenheit litten namentlich die offenen »Wasserlöcher«.

Die unerwartet reichen Niederschläge 1911/12 brachten glücklicherweise Hebung des Grundwasserspiegels und die ersehnte Abhilfe.

Die 10. Kompagnie in Okanjande versuchte ihren am Revier gelegenen Brunnen durch Anlage eines unterirdischen Staudamms ergiebiger zu machen. Erfolg ist nach den bisherigen Erfahrungen zu erwarten. Ein maßgebendes Urteil ist jedoch erst in der trockenen Zeit möglich. Die 2. Kompagnie in Ukamas bohrte einen neuen Brunnen, wegen seines hohen Salzgehaltes ist er jedoch für menschlichen Genuß nicht geeignet. Er kann nur zum Viehtränken und zur Gartenbewässerung dienen. In Warmbad wurde im Kasernenbereich ein neuer Brunnen, leider aber mit ebenfalls schwefelhaltigem Wasser, erschlossen. Für Eingeborene werden besondere Brunnen reserviert.

In Karibib mußte 1 Brunnen vorübergehend geschlossen, das Wasser der übrigen Brunnen in unabgekochten Zustand verboten werden. Das Resultat der Untersuchung wies auf organische Verunreinigungen hin. Vorstellungen bei der Gemeinde bewirkten Besserung. Nach den letzten Untersuchungen ist Freigabe des Wassers voraussichtlich bald zu erwarten. In Narubis wurde ein ebenfalls organische Bestandteile aufweisender Brunnen geschlossen, bei einem ähnlich

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

beschaffenen in Wasserfall mußte man sich mangels anderen Wassers auf das Verbot der Benutzung in unabgekochtem Zustand beschränken. In Keetmanshoop wurde ein Brunnen wegen hohen Keimgehalts geschlossen, obwohl hier Typhusbazillen nicht gefunden werden konnten, und die Ursache der Keetmanshooper Typhuserkrankungen wahrscheinlich in anderen Umständen (Fliegen, Staubaufwirbelung) zu suchen ist.

Eine in Friedenszeiten lange nicht beobachtete Gefahr wurde in der letzten Hälfte des Berichtsjahres wieder offenkundig: Tiere erkrankten und verendeten nach Genuß von vergiftetem Wasser an abgelegenen Wasserstellen in der Gegend westlich von Outjo (Nordbezirk) und nördlich von Aus (Südbezirk). Die Vergiftung ist wahrscheinlich durch Eingeborene — Buschleute und Kaffern — geschehen, teils zu Jagdzwecken, teils um sich der Verfolgung zu entziehen. Die Vergiftungssymptome traten bei den Tieren so rasch auf, daß die Gefährlichkeit des Wassers rechtzeitig bemerkt und Schädigung von Menschen glücklicherweise vermieden wurde. In dem einen Fall wurde beim Nachsuchen am Boden ein Gefäß mit dem Milchsaft einer Euphorbiaceenart gefunden. In beiden Fällen wurde durch Untersuchung im chemischen Laboratorium des Sanitätsamts das Vorhandensein des Milchsaftes in dem eingesandten Wasser festgestellt. Entsprechende Verhaltungsmaßregeln sind nach den Vorschlägen des Sanitätsamts befohlen worden. Sie bestehen im Absuchen solcher Wasserstellen und ihrer Umgebung nach verdächtigem Inhalt und in einer einfachen an Ort und Stelle rasch möglichen chemischen Untersuchung: Einfüllen einer Wasserprobe in eine Flasche, Zusetzen von Aether, Umschütteln, vorsichtiges Abgießen des wieder abgesetzten Aethers in eine Schaale, Prüfung, ob ein Rückstand nach Verdunstung des Aethers zurückbleibt. Die erforderlichen Belehrungen erfolgen durch die Truppenärzte.

Im übrigen war eine Reihe von laufenden Verbesserungsarbeiten nötig. Die Trockenheit und das Sinken des Grundwasserspiegels erforderten vielfach Tieferlegen der Brunnen und Wasserlöcher. In der Regenzeit wieder wurden gelegentlich Brunnen und Reservoire durch abkommende Reviere überschwemmt und versandet, wodurch bauliche Veränderungen, gegebenenfalls auch Verlegung der Anlagen erforderlich wurden. So in Johann-Albrechtshöhe.

Schleunige Besserungsarbeiten in größerem Stil waren bald nach Rückkehr der 6. Kompagnie nach Outjo erforderlich. Dort hatten sich Eingeborenenwerften und Abfallplätze in der Nähe des Hauptreviers, teilweise sogar im Bereich der zuführenden Reviere und Oberflächeneinschnitte angesiedelt. Ein Hereinschwemmen der Abfallstoffe und damit eine Verseuchung der undicht gewordenen Brunnenschächte war unvermeidlich. Die Besserungsarbeiten an den Brunnen sind noch im Gange. Ein Verbot, das Wasser in unabgekochtem Zustand zu genießen, wurde sofort erlassen.

Selterwasser — teils in den Militärselterwasserfabriken Windhuk und Keetmanshoop, teils von der Truppe selbst hergestellt — können die Mannschaften mit und ohne Fruchsaftzusatz zu billigen Preisen

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

in den Kantinen erhalten. Dünner Kaffee und Tee wird den Leuten auch an Plätzen mit sonst einwandfreiem Wasser bei jeder Steigerung des Darmkrankenzugangs zur Verfügung gestellt.

Trotz aller Vorsichtsmaßregeln ist auch beim Ausbleiben von infektiösen Darmerkrankungen nach jahrelangem Genuß brakigen Wassers gar nicht selten eine Neigung zur Verstopfung, teilweise auch zu schwereren Funktionsstörungen des Darmkanals zu beobachten.

Bekleidung. Wesentliche Änderungen traten nicht ein. Ein für alle hiesigen klimatischen Verhältnisse passender einheitlicher Uniformstoff ist leider noch nicht gefunden und wird wohl auch schwer zu beschaffen sein. Auf der Okawangoexpedition zeigte sich, daß im buschreichen Norden nur Kordstoff den Dornen genügenden Widerstand zu leisten vermag. Er bewährte sich auch in der Nacht- und Morgenkühle der Expeditionszeit (August, September). Im Süden und Osten wird Khaki in Verbindung mit Wollwesten gelobt. Im Stationsdienst wird er dort fast ausschließlich getragen. Auch im Manöver, das in den kalten Monaten Juli und August in der Gegend von Gibeon stattfand, hat sich der Khakirock in Verbindung mit dieser Unterweste und der Leibbinde zur Kordreithose bewährt.

Fußbekleidung. Die im vorigen Jahresbericht bereits erwähnten Mängel der Gamaschen wurden durch entsprechende Berichte der Truppenärzte bestätigt. Nach Aufbrauch der vorhandenen Bestände werden Reitstiefel wieder eingeführt werden.

Latrinen. Die Einführung des im vorigen Jahresbericht näher beschriebenen fliegensicheren Latrinensystems wurde auch für den Nordbezirk angeordnet. Die Durchführung ist im Gange, allgemeine Erledigung war mit Rücksicht auf die Kosten bisher nicht möglich. Die dazu erforderlichen Mittel wurden nachträglich für den Etat 1912 angefordert. Durch Einwirkung auf die Zivilbehörden werden auch bei diesen und den Gemeinden sämtliche Latrinen nach diesem System gebaut oder wenigstens allmählich abgeändert werden. Die Desinfektion der Kübel erfolgte wie bisher fast ausschließlich mit Chlorkalk, selten mit Cresolseifenlösung. Die Beseitigung der Abfallstoffe geschah weiterhin durch Vergraben und Verbrennen an abseits, jenseits der Wasserscheide und windabwärts gelegenen Plätzen.

Grund und Boden. In sandigem Boden und auf steinigem mit einer Kiesschicht bedecktem Untergrund verliefen auch die ziemlich erheblichen Wassermengen der vergangenen Regenzeit rasch, so daß es zu länger dauernden Wasseransammlungen nicht kam. Im übrigen wurden etwa entstandene Tümpel seitens der Truppe sofort beseitigt, oder durch Übergießen mit Petroleum unschädlich gemacht. Schwierig war das in Outjo. Der dortige Kalkboden läßt Wasseransammlungen in unzähligen Pfützen und Bänken lange Zeit bestehen bleiben. Die gleiche Gefahr bildet der im Lehmboden entstehende »Durchschlag«. In diesem bilden jede Wild- und Viehspur Malariabrutstätten.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Von besonderen Arbeiten ist die Zuschüttung eines an der Feste in Warmbad gelegenen Sumpfes zu erwähnen. Leider war bei der Zivilbevölkerung die gleiche Maßnahme für das nicht zum Truppenbereich gehörende Sumpfgebiet bisher nicht zu erreichen. Die im Berichtsjahr neu eingerichtete Station der 3. Batterie Kranzplatz liegt 12 km nördlich von Gibeon, östlich vom Fischfluß auf einem busch- und baumbewachsenen Bergrücken. Ihre Höhe über dem Fischflußbett und ihre luftige Lage lassen Malariagefahr vom Fischfluß her nicht befürchten.

Krankentransporteinrichtungen. Eine wesentliche Änderung ist gegen das Vorjahr nicht eingetreten. Für die Okawangoexpedition wurden an Stelle der Krankenwagen Modell 87 und 95 in Anbetracht des sandigen, busch- und waldreichen Geländes Artilleriemunitionswagen mit Behelfseinrichtungen zur Inprovisation von Krankenwagen mitgenommen.

Diese Fahrzeuge haben sich dort bewährt. Sie sind auch in schwierigem Gelände leicht zu fahren. Es kamen allerdings nur gelegentliche Einzeltransporte von Kranken und Verletzten in Frage.

Anderweitige die Gesundheitspflege der Truppe betreffenden Verhältnisse. Allgemeine hygienische Maßnahmen richteten sich gegen die Fliegenplage. Durch Kommandobefehl verbunden mit einer Anweisung des Sanitätsamts wurden die für Schutz des Einzelnen gegen die Insekten und Bekämpfung der Brut erforderlichen Vorkehrungen einheitlich geregelt. Die Anordnungen betrafen insbesondere die Anlage von fliegensicheren Latrinen, Schutz der Räume, Betten und Nahrungsmittel gegen Fliegen und Mücken durch Drahtgaze und Moskitonetze, sodann die Vertilgung der Insekten und ihrer Brut durch Ausräuchern und Vernichtung ihrer Brutstätten.

An den meisten Plätzen ist der Truppenarzt Mitglied der Küchenkommission.

Zur ersten Hilfe gegen Schlangenbiß wurde versuchsweise ein Messer bestellt, das im Heft das für den Laiengebrauch zweckmäßigste Mittel, übermangansaures Kali enthält.

Die truppenärztliche Versorgung geschah durch regelmäßige Bereisung der Stationen seitens der zuständigen Sanitätsoffiziere. Diese Reisen bezweckten besonders Besichtigungen der Stationen auf ihre hygienischen Verhältnisse, Gesundheitsbesichtigungen der Mannschaften und Instruktionen. Die Gesundheitsbesichtigungen erstreckten sich neben der Untersuchung auf Geschlechtskrankheiten vornehmlich auf den Herzbefund und den Allgemeinzustand. Die Belehrungen hatten Marsch- und Lagerhygiene, Körperpflege, erste Hilfe bei Krankheiten und Verletzungen zum Gegenstande.

Die zahnärztliche Versorgung geschah durch den Militärzahnarzt, der nach einem vorgeschriebenen Plan alle Stationen der beiden Bezirke bereist. Dabei wurden auf den Stationen alle Mannschaften zur Untersuchung vorgeführt. Im Anschluß an diese allgemeinen Untersuchungen wurden die als zahnkrank Befundenen an Ort und Stelle

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

behandelt. In der Regel wird jede Station auf diese Weise jährlich einmal versorgt. Außerdem sind mit Zivilärzten in Windhuk Verträge für etwa in der Zwischenzeit dringend erforderliche Arbeiten abgeschlossen.

Selbstanfertigung von Pockenlymphe wurde im Berichtsjahre nicht vorgenommen.

3. Erläuterungen wichtiger klinischer Beobachtungen und kasuistische Mitteilungen.

Typhus. Unter den Fällen des Berichtsjahres befanden sich eine Anzahl recht schwerer. Tropendienstunfähig heimgesandt wurden unmittelbar im Anschluß an die Rekonvaleszenz 5 Männ.

Über Besonderheiten im Verlauf wird berichtet: 5. Kompagnie Chamis. (Ansteckung in Keetmanshoop, erkrankt und behandelt in Chamis.) »Die Erkrankung verlief schwer, 3 Wochen lang bestand hohes Fieber. Die am meisten in Erscheinung tretenden Symptome waren völlige Appetitlosigkeit und außerordentlich heftige Schmerzen der stark vergrößerten Milz. Diese Schmerzen machten den Kranken tagelang völlig bewegungsunfähig und erforderten reichliche Morphiumdosen. Mehrere Zählungen der Leukozyten ergaben 10 000 bis 12 000 im cmm und eine auffallende Vermehrung der Lymphozyten (36—40% der Leukozyten). Bemerkenswert ist, daß bei Beginn der Erkrankung zahlreiche Bandwurmglieder abgingen. Da der Kranke damals noch nicht in Behandlung war, wurde auf den Kopf nicht geachtet, er scheint aber mit abgegangen zu sein, da bisher (8 Wochen nach der Erkrankung) weder Glieder noch Eier im Stuhl gefunden wurden.

Nach 18 tägiger Behandlung trat Entfieberung ein. In der Rekonvaleszenz erholte sich der Kranke, der stark abgemagert war, sehr gut. Jedoch trat nach 17 fieberfreien Tagen ein Rückfall ein, der sich schon mehrere Tage vorher durch Pulsbeschleunigung und geringe abendliche Temperatursteigerungen bis 37,2 ankündigte. Der Rückfall verläuft dem Fieberbilde nach ähnlich der primären Erkrankung, auch traten wieder Milzschwellung und Roseolen auf. Während jedoch das subjektive Befinden viel weniger beeinträchtigt war, trat die Beteiligung des Herzens weit mehr hervor. Da die erhebliche Vergrößerung der Herzdämpfung, sowie die Pulsbeschleunigung durch Digitalis nur wenig beeinflußt, auch Unregelmäßigkeit und Ungleichheit des Pulses beobachtet wurde, besteht der Verdacht einer typhösen Erkrankung des Herzmuskels. Der Mann wurde am 16. Dezember dem Lazarett Keetmanshoop überwiesen, zwecks besserer Verpflegung. Hier überstand er nochmals einen leichten Rückfall. Es blieb hartnäckige Blutarmut bestehen. Heimsendung als tropendienstunfähig war erforderlich.«

6. Kompagnie Outjo. Ansteckung und Behandlung in Outjo. 9 Fälle. Einer davon erscheint zweimal im Rapport, da er nach seiner Entlassung gelegentlich der im Garnisonlazarett Windhuk vorgenommenen bakteriologischen Schlußuntersuchung vor Antritt der Heimreise als Bazillenträger festgestellt und deshalb im Lazarett zurückbehalten wurde.

Der Truppenarzt der 6. Kompagnie berichtet: »Die kürzeste Fieberzeit betrug 7 Tage, die längste 29. Das Fieber war teilweise sehr hoch, bis 40,5. Bei einem Kranken stieg die Temperatur am 3. fieberfreien Tage infolge eines Diätfehlers noch einmal auf 40,3. Milzschwellung fehlte bei keinem Kranken, nur bei einem wurde die Milz nicht deutlich fühlbar. Roseolen stellten sich bei 7 Kranken ein. Bei dem schwersten Falle waren sie so zahlreich, daß sie den ganzen Körper wie Röteln bedeckten. Bei 3 Kranken wurde mäßiger Durchfall beobachtet, bei 5 im Gegensatz dazu Verstopfung.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Besonderheiten im Verlauf und Komplikationen. Bei dem schwersten Fall kam es zweimal zu Darmblutungen, und zwar am 10. und 15. Fiebertage, das erstemal wurden $^3/_4$ l, das zweitemal $^1/_4$ l Blut entleert. Bei diesem Kranken bildete sich auch eine Infektionspsychose in Form der halluzinatorischen Verwirrtheit aus, die noch weit in die fieberfreie Zeit hineinreichte. Ein anderer Kranker wurde am 25. Tage der Rekonvaleszenz infolge einer Knochenhautentzündung am Schienbein wieder bettlägerig und ist noch nicht wieder hergestellt. Ein dritter Kranker bekam am 18. fieberfreien Tage eine Kreislaufstörung am linken Bein, wahrscheinlich auf einem teilweisen Verschluß der Oberschenkelblutader beruhend. Das Bein schwoll an und verfärbte sich bläulich. Auch diese Störung ist noch nicht vollkommen beseitigt. Ein Rückfall ist zu verzeichnen, der einen Kranken nach 23 tägiger fieberfreier Zeit wieder 19 Tage ans Bett fesselte.

Bei fast allen Kranken stellte sich in den ersten 14 Tagen der Rekonvaleszenz ein gewisser Grad von Herzschwäche ein. Nur bei 2 Kranken schwand er so weit, daß sie als dienstfähig — zunächst noch unter Schonung von Anstrengungen — zur Truppe entlassen werden konnten. Bei 3 Kranken war die Herzschwäche so erheblich, daß sie als tropendienstunfähig heimgesandt werden mußten. Bei zwei anderen wird es wohl aus demselben Grunde zur Heimsendung kommen müssen.

Garnisonlazarett Keetmanshoop. In Zugang kamen 6 Typhuserkrankungen.«

Die Fälle kamen am Anfang oder in der Mitte der ersten Krankheitswoche in Lazarettbehandlung und verliefen sämtlich schwer. Die Widalsche Serumreaktion mit Fickers Typhusdiagnostikum war bei allen positiv. Allen Fällen gemeinsame Symptome waren Typhuszunge, Milzschwellung, im Beginn Meteorismus und Stuhlverstopfung, schon in der ersten Woche auftretende Dikrotie des Pulses, Bronchitis — mit Ausnahme von 2 Fällen — und Roseolen. Der Fiebertypus war mit Ausnahme der überall in der 3. Woche eintretenden starken Remissionen sehr unregelmäßig. Ein annähernd kontinuierliches Fieber bestand nur in 3 Fällen. Bei den anderen Kranken war das Fieber von vornherein remittierend. Eine typische Pulsverlangsamung wurde in 4 Fällen beobachtet. Die Prognose quoad vitam konnte Ende Februar bei allen Kranken günstig gestellt werden. Ein Fall zeigte von vornherein stark ausgesprochene zerebrale Symptome, die wohl als Folge einer starken Vergiftung des Körpers mit Lysinen der Typhusbazillen aufzufassen sind. Im Laufe des März entfieberten alle lytisch. Einmal wurde ein sicherer, 6 Tage dauernder Rückfall beobachtet. Neue Milzschwellung und Roseolen traten dabei nicht auf.

In 2 Fällen war das Fieber bereits am Ende der 2. Woche lytisch abgefallen, schwankte 3 Tage zwischen 37 und 38 Grad und setzte dann aufs neue mit hohen Temperaturen und starken Remissionen ein. Allen Fällen gemeinsam waren im weiteren Verlauf mehr oder weniger ausgesprochene Störungen der Herztätigkeit. Zu erwähnen ist hier zunächst die allgemeine, schon im Beginn der Erkrankung auffallende Dikrotie des Pulses.

Garnisonlazarett Windhuk. »Die Diagnosenstellung bereitete keine Schwierigkeiten. Widal wurde in jedem Falle gemacht. Bei einem der Zugänge blieb derselbe negativ, obwohl er mehrfach angesetzt wurde. Auch aus Stuhlausstrichen konnte in diesem Falle kein positives Resultat erzielt werden. Und doch handelte es sich zweifelsohne um Unterleibstyphus: Milzschwellung, charakteristische Stühle, Roseolen. Auch in einem weiteren Fall wurden weder Typhus- noch Paratyphuskulturen agglutiniert. Und auch in diesem Falle handelte es sich um Typhus. In den übrigen Fällen war Widal positiv. Der negative Ausfall der Widalschen Reaktion (in 2 von 10 Zugängen) weist, wie es auch sonst bekannt ist, darauf hin, daß es absolut falsch wäre, die klinische Diagnosenstellung zu vernachlässigen und sich nur auf den bakteriologischen Befund zu verlassen.

Verlauf. Das Auftreten von Komplikationen wurde bei zwei Kranken beobachtet. Das eine Mal handelt es sich um Darmblutung, welche am 16. Krankheitstag, als das Fieber noch keine Neigung zum Abfall zeigte, einsetzte, und rechtsseitige Brustfellentzündung mit Erguß in der Brusthöhle. Krankheitsdauer 105 Tage. Der Mann wurde als dienstfähig entlassen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Bei einem anderen Kranken trat am 20. Krankheitstag, am 5. fieberfreien Tag, nachts beim Stuhlgang eine Darmblutung auf. Es wurde etwa 1 l dunkles Blut entleert. Verordnung: Eisblase, Opiumtinktur, Gelatine in der Suppe und 30 g steriler Gelatine subkutan. Der Kranke hatte bis zum Einsetzen der Blutung 2—3 dünne bis breiige Stühle. Abführmittel hatte er bisher nicht erhalten. Ein Diätfehler war nicht gemacht, die flüssige Form war noch nicht verlassen. Weitere Darmblutungen erfolgten nicht. Die Temperatur blieb in den nächsten Tagen leicht erhöht (37,4—37,5), dann dauernd unter 37,0. Der Kranke wurde nach 70 Behandlungstagen dienstfähig zur Truppe entlassen.

Die Behandlung wurde in derselben Weise geleitet, wie sie im vorjährigen Jahresbericht ausführlich beschrieben ist.«

Das Garnisonlazarett Windhuk berichtet ferner über den auffallend leichten Verlauf eines Typhus bei einem mit intravenösen Salvarsaninfusionen behandelten Luetiker:

»Mit Syphilis und Unterleibstyphus erkrankte ein Gefreiter des Maschinengewehrzuges 1. Harter Schanker am Eichelkranz vorne, beiderseits schmerzhafte Leistendrüsenschwellungen. Am 13. Oktober und 18. Oktober je 0,6 Salvarsan intravenös mit den bei frischer Syphilis üblichen heftigen Reaktionserscheinungen. Die 3. Infusion wurde erst am 28. Oktober gemacht, wegen einer inzwischen aufgetretenen fieberhaften Erkrankung. Wieder eine Fieberreaktion. Am 30. Oktober vergrößerte Milz und noch leichtes Fieber. Widal 1 : 20 und 1 : 40 stark, 1 : 80, 1 : 160 schwach positiv. Sonstige Zeichen von Typhus außer trockener belegter Zunge nicht vorhanden. Am 31. Oktober wieder fieberfrei. Danach scheint es, als ob der Normalverlauf des Typhus durch die Salvarsaninfusion günstig beeinflußt wurde.«

Malaria. Wie bisher handelte es sich in der Mehrzahl der Fälle um Tertiana: im ganzen 39, davon 19 Ersterkrankungen, 20 Rückfälle. Tropica als Ersterkrankung wurde nur im Norden und zwar 3 mal bei der 6. Kompagnie Outjo beobachtet; aus dem Süden wurde Tropica 1 mal als Rückfall (im Norden akquiriert) von der 1. Batterie Narubis gemeldet. Quartana kam nur 1 mal und als Rückfall vor, und zwar ebenfalls bei der 1. Batterie Narubis. Die übrigen 15 Fälle wurden von Sanitätsunteroffizieren behandelt und ihrer Art nach nicht näher bestimmt. 8 von diesen wurden als Ersterkrankungen, 7 als Rückfälle gemeldet.

Der Verlauf war im allgemeinen mittelschwer. Wie bereits im vorigen Jahresbericht hervorgehoben, liegen die Gründe des Fehlens schwerer Begleiterscheinungen in der Chininprophylaxe, frühzeitigem Behandlungsbeginn und ausgiebiger Nachkur. Ausnahmen, die diese Regel bestätigen, machen meist nur die auf Patrouillen Erkrankten. Unregelmäßigkeiten in der Prophylaxe sind unterwegs wahrscheinlich, außerdem gelangen sie häufig erst nach mehreren Anfällen zur regelrechten Behandlung. So kamen in Otavi aus einem vom Telegraphenabbau zurückgekehrten Kommando sowohl unter Reitern wie Eingeborenen mehrere sehr schwere Malaria-tertiana-Fälle zur Beobachtung, die eine lange nachdauernde Entkräftung zur Folge hatten.

Im übrigen erscheinen folgende Fälle erwähnenswert:

Das Garnisonlazarett Windhuk berichtet über eine abnorm verlaufende Erkrankung und eine Salvarsanbehandlung:

»Es handelt sich um einen ›alten Afrikaner‹. Krankheitsbeginn subakut mit allgemeinem Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, unregelmäßigem Fieber von mittlerer Höhe, Stuhlverstopfung. Keine Roseolen, keine Milzschwellung, Malariaparasiten nicht nachweisbar. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose auf Unterleibstyphus und überwies den Offizier dem Garnisonlazarett. Hier konnte die Diagnose nicht bestätigt werden, weder durch den weiteren klinischen Verlauf noch durch mehrmals ausgeführte serologische Untersuchungen. Andererseits ergab sich auch kein Anhaltspunkt für Malaria. Die Fieberkurve war zu Anfang atypisch. Die häufig ausgeführten Blutuntersuchungen ergaben ebenfalls immer negatives Resultat. Erst im weiteren Verlauf konnte Milzschwellung festgestellt werden und nahm die unbeeinflußte Fieberkurve einen regelmäßigen Charakter an: Nach vorausgehendem Schüttelfrost steiles Ansteigen gegen Abend mit

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

höchster Temperatur von etwa 39 gegen Mitternacht unter heftigen Kopfschmerzen Mit spitzer Zacke fällt die Kurve in den frühen Morgenstunden unter Aufhören der Kopfschmerzen und Entwicklung eines mächtigen Schweißausbruches zur Norm ab. Die Blutuntersuchung ergibt nach wie vor einen negativen Befund. Aber auch sonst außer Metachromasie keinen indirekten Anhaltspunkt (keine Vermehrung der großen Mononukleaeren, keine Pigment führende Leukozyten). Das klinische Bild ist aber bestimmt das einer Malaria mit täglichen regelmäßigen Fieberanfällen, zwischen denen 12 stündige fieberfreie Zonen liegen. Es wird mit Chinindarreichung in kleinen Dosen begonnen. Vom 3. Tag ab ist der Kranke fieberfrei und bleibt es. Dienstfähig entlassen.

Von den Rückfällen ist von Interesse ein Tertianafieber, betreffend einen Offizier, der seit mehreren Jahren der Schutztruppe angehört, verschiedentlich an Malaria gelitten hat. Im Blutpräparat massenhaft mittlere Ringe, halberwachsene bis ganzerwachsene Tertianaparasiten und einige Gameten. Auf grund der guten Erfahrungen des Hamburger Tropenkrankenhauses wird zur Salvarsanbehandlung geschritten. Nach Ablauf eines durch Chinin nicht beeinflußten Anfalles von geringer Fieberhöhe (37,8) wird am folgenden Tage (gegen 10 Uhr vorm. bei verhältnismäßig gutem Allgemeinbefinden 0,6 Salvarsan intravenös gegeben. Gegen Mittag setzt eine starke Reaktion ein. Temperatur steigt auf 39,3. Brechreiz, Durchfall und Kopfschmerzen. Am folgenden Tag wieder Wohlbefinden. Der zu erwartende Fieberanfall bleibt aus. Im Blutpräparat können keine Parasiten mehr nachgewiesen werden. 7 Tage nach der ersten Infusion folgt eine zweite zu 0,6 ohne Reaktionserscheinungen. Der Offizier wurde dienstfähig nach dem Süden des Schutzgebiets entlassen, wo er dem Vernehmen nach wieder Malariaanfälle bekommen hat. Neuinfektion ist mit ziemlicher Sicherheit auszuschließen, ein Rezidiv wahrscheinlicher. Zwei Infusionen dürften demnach bei Tertiana wahrscheinlich nicht genügen. Vielleicht liegt hier ein Analogon wie bei der Lues vor, bei der nach 2 Infusionen zu 0,6 im Windhuker Lazarett noch Rezidive beobachtet worden sind und aus diesem Grunde jetzt 4—5 Infusionen gemacht werden.«

Der Truppenarzt der 1. Batterie berichtet über einen Rückfall mit fieberfreiem Verlauf, aber zeitweise auftretenden Lähmungserscheinungen und über eine kardialgische Form der Malaria:

»1. Vorgeschichte: mehrfache Malariaanfälle, einige Jahre vorher Syphilis. Klinisch war die Erkrankung durch fieberfreien Verlauf ausgezeichnet. Die Anfälle markierten sich durch akutes Einsetzen von Schwindel, Mattigkeit, Übelkeit, heftigen Kopfschmerzen. Bei einem der Anfälle gab der Kranke an, ein eigenartiges taubes Gefühl zu verspüren, das im linken Fuß begann, dann auf linken Unterschenkel, linken Oberschenkel, linke Seite, linken Arm, linke Halsseite, linken Mundwinkel überging, einhergehend mit dem Gefühl der Gliederschwere (linkes Bein und linker Arm), so daß er kaum imstande war, die Glieder zu bewegen. Auch das Sprechen fiel dem Kranken schwer. Er sprach unverständlich, einige Buchstaben konnte er überhaupt nicht aussprechen. Die Zunge wurde deutlich nach der linken Seite herausgestreckt. Das taube Gefühl und die Gliederschwere dauerten etwa $^1/_2$ Stunde an; darauf Einsetzen heftiger rechtsseitiger Kopfschmerzen von 6 stündiger Dauer. Die Hypoglossus-Lähmung war am nächsten Tage nicht mehr nachweisbar. Der hierauf folgende Anfall hatte denselben Verlauf, nur waren die Erscheinungen schwächer. Im Blutpräparat waren Erreger der Malaria quartana nachweisbar. Behandlung mit kleinen Chinindosen täglich 4 × 0,25, Arsenik, Sol. Kali bromat 10,0 × 200,0. Nach 14tägiger Behandlung unter Chininnachkur dienstfähig.

2. Ebenfalls in den letzten Jahren häufig an Malaria erkrankt. Im Blut waren Tropenringe nachweisbar. Die Fieberkurve erstreckte sich nur auf 4 Tage, höchste Temperatur 38,7. Im Vordergrund des Krankheitsbildes standen äußerst heftige, krampfartige Schmerzen im Epigastrium. Es handelte sich um die kardialgische Form der Tropica. Unter Darreichung von Chinin, täglich 0,5 in 4 Portionen, Arsenikkur und Verordnung der Bälzschen heißen Bäder, welche sehr günstig einwirkten und gut vertragen wurden, günstiger Heilverlauf. Nach 20 tägiger Behandlung dienstfähig.«

Im übrigen hatten die Erkrankungen einen regelrechten Verlauf. Die durchschnittliche Behandlungszeit betrug 12,8 Tage. Die Zahl der Fiebertage war

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

selten mehr als 2. Die häufig zurückbleibenden oder zu befürchtenden Herzstörungen ließen jedoch Vorsicht im Aufstehen und Dienstbeginn angezeigt erscheinen.

Die Behandlung bestand in den meisten Fällen in Darreichung von kleinen Chiningaben. Es wurden in den ersten Tagen meist 6 × 0,25 Chinin mur. gegeben, nach Schwinden des Fiebers und der Parasiten auf 4 × 0,25 heruntergegangen. Salvarsan wurde bei Tertiana in einigen Fällen angewandt. Die erste Salvarsaninfusion in Höhe von 0,6 genügte, um Fieber und Parasiten zum Schwinden zu bringen. Eine weitere Infusion von 0,6 folgte nach einigen Tagen. Zur Dauerheilung reichen, wie der oben berichtete Fall aus dem Garnisonlazarett Windhuk zeigt, 2 Infusionen nicht aus. In einem späteren Fall wurde daher 4 × 0,6 Salvarsan in 6 tägigen Pausen intravenös gegeben. Bei diesem ist ein Rückfall bisher nicht eingetreten. Die Nachbehandlung wurde in der Regel in der gleichen Weise wie im Vorjahre geübt: 7 Tage Chinin je 1,0, 1 Tag Pause, 6 Tage Chinin, 2 Tage Pause, 5 Tage Chinin, 3 Tage Pause, und so fort, bis die übliche Stationsprophylaxe erreicht war.

Chininprophylaxe war im Berichtsjahr nur in beschränktem Maße nötig. Sie wurde durchgeführt in Aminuis, Okanjande, Okawayo, Otavi, Outjo und Kanus. An den übrigen Plätzen erwiesen sich die Moskitonetze im Verein mit den sonstigen Mückenbekämpfungsmaßnahmen als ausreichend. In der Art der Prophylaxe traten wesentliche Änderungen nicht ein. Zeitweise wurden statt der 4 und 7 tägigen Grammgaben 4 und 5 tägige Halbgrammgaben verabreicht, ebenfalls mit anscheinend günstigem Erfolg. Die Löslichkeit der Tabletten war im allgemeinen gut. Euchiningaben wegen Unverträglichkeit des Chinins waren selten nötig. In Kanus (3. Kompagnie) wurde nach prophylaktischen Chinin-mur.-Grammgaben vorübergehende Hauteruptionen beobachtet. Im übrigen ist über nennenswerte Beschwerden durch Chininprophylaxe nichts berichtet.

Grippe. In einem Fall trat Herzbeutelentzündung hinzu. Darüber berichtet das Garnisonlazarett Windhuk:

»Akuter Beginn mit heftigen Schmerzen in der linken Brustseite, Kopfschmerzen, großer Mattigkeit, Fieber an 2 Tagen bis 39,6. Vom 3. Tage ab fieberfreier Verlauf. Am 10. Lazarettag bei normaler Temperatur Herzbeutelentzündung. Unter Bettruhe, Herzeisbeutel und Digitalisinfusion geht die Dämpfungsverbreiterung bald zurück, ist bereits 3 Tage später nicht mehr nachweisbar. Nach 2 weiteren Tagen ist auch das systolische schabende Geräusch nicht mehr zu hören. Doch bleiben die Herztöne unrein, der Ruhepuls beschleunigt. Zeitweise Atemnot und stechende Schmerzen in der Herzgegend. Der Kranke wird nach 3 monatiger Behandlung dienstunfähig heimgesandt. Auffallend ist die Schwere des Krankheitsbildes unter fieberfreiem Verlauf (mit Ausnahme der beiden ersten Krankheitstage) bei einem im übrigen gut genährten, kräftig gebauten Mann von 23 Jahren, der erst 1½ Jahre bei der Schutztruppe diente, bisher nie ernstlich krank gewesen war.

Tuberkulose. Der einzige im Berichtsjahr rapportierte Fall von Tuberkulose wurde gleichzeitig mit Herzmuskelschwäche bei einem ursprünglich wegen Darmkatarrh aufgenommenen Mann der 4. Kompagnie festgestellt. Kein Bazillennachweis. Auf Grund des positiven Ausfalles der Hautreaktion nach Pirquet und der Augenreaktion mit Alt-Tuberkulin wurde die Diagnose auf »Latente Tuberkulose« gestellt.

Ruhr. Die bakteriologischen Untersuchungen im Garnisonlazarett Windhuk ergaben in den meisten Fällen Shigaruhr. Unter den dort Behandelten wurde 14 mal Shiga, nur 2 mal Flexnertypus festgestellt. Die Feststellung erfolgte teils aus dem Stuhl, teils aus dem Blutserum der Kranken. Negativ waren beide Untersuchungsmethoden nur bei einem, bei dem jedoch der klinische Verlauf die Diagnose Ruhr sicher stellte. Auch bei den von anderen Plätzen gemeldeten, bakteriologisch nicht festgestellten Fällen wird es sich wohl stets um Bazillenruhr gehandelt haben. Jedenfalls ist der Nachweis von Amöben im Berichtsjahr nicht gemeldet.

Der Verlauf war in der Mehrzahl leicht bis mittelschwer. Jedoch kamen auch einige recht schwere Fälle zur Beobachtung, die teils wegen lange anhaltender

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Darmstörungen, teils wegen Schädigung des Herzens bis zu 118 tägige Lazarettbehandlung erforderten. In einem schweren Ruhrfall führte plötzliches Versagen des Herzens bei der geringfügigen, durch Hilfeleistung des bei dem Kranken wachenden Sanitätsunteroffiziers noch verminderten Anstrengung einer Stuhlentleerung zum Tode.

Die Sektion ergab eine Bazillenruhr des Dickdarms, ein schlaffes Herz und eine Erweiterung der rechten Herzkammer.

Das Garnisonlazarett Windhuk berichtet über den Verlauf der dort behandelten Fälle:

»Der Krankheitsverlauf war vorwiegend leichter Natur. Komplikationen wurden in keinem Fall beobachtet. Sämtliche Leute wurden dienstfähig entlassen.

Die hohe Lazarettbehandlungsdauer einzelner Fälle ist dadurch zu erklären, daß aus dem Windhuker Lazarett ein Ruhrkranker nicht eher entlassen wird, als bis er geformte Stühle ohne Schleimbeimengungen entleert. Diese Maßnahme ist im Interesse einer wirksamen Seuchenbekämpfung unbedingt erforderlich.

Die Grundlage der Behandlung bildete Diät, anfängliche Kalomel, spätere Rizinusgaben. In einigen Fällen bewährten sich Tanneinläufe. Über Simaruba, Ipecacuanha und Kollargolbehandlung ist in diesem Jahre nichts näher berichtet.«

Gelenkrheumatismus. 1. Behandelt im Garnisonlazarett Windhuk; vorausgegangen waren Erkältungen und Durchnässungen. Verlauf schwer, fast sämtliche Gelenke wurden befallen. Trotz aller Behandlung blieben jedoch Verdickungen und teilweise Bewegungsbeschränkungen am 1. Interphalangealgelenk des vierten und am Metacarpophalangealgelenk des ersten und dritten Fingers bestehen, ferner an beiden Füßen Verdickungen der Metatarsophalangealgelenke der großen Zehen und an den Knöchelgelenken. Entlassung als tropendienstunfähig nach 8 wöchiger Lazarettbehandlung.

2. Der Beginn ist nicht selten schleichend, der Verlauf subakut. Ein solcher Fall wurde im Garnisonlazarett Windhuk beobachtet. Es waren nur die Fingergelenke befallen. Der Erkrankte (Bäcker) hatte in der letzten Zeit geringe ziehende Schmerzen in diesen Gelenken verbunden mit einem Gefühl der Kraftlosigkeit verspürt. Dann trat Schwellung hinzu. Allgemeinzustand gut. Krankmeldung nur deshalb, weil keine Besserung eintrat. Bei der Lazarettaufnahme bei sonst regelrechtem Allgemeinbefund prall-elastische, fluktuierende Schwellung sämtlicher Interphalangealgelenke. Kein auffallendes Wärmegefühl, kaum Bewegungsbeschränkung, keine Druckempfindlichkeit.

Auf Aspirin, Ichthyolpackung und heiße Sandbäder gehen die Schwellungen bei regelrechtem Temperaturverlauf und nicht wesentlich gestörtem Allgemeinbefinden langsam zurück. An den Fingergelenken bleiben deutliche Kapselverdickungen bestehen. Der Kranke wird nach 2 monatlicher Behandlung als dienstfähig zur Truppe entlassen.

Ein ähnlicher langsam beginnender Fall wurde bei der 5. Kompagnie beobachtet.

Alkoholvergiftung. Betraf einen Kantinier, der lange Zeit hindurch, ohne als Trinker aufzufallen, eine auf den ganzen Tag verteilte erhebliche Menge Bier und Kognak getrunken hatte. Das Garnisonlazarett Keetmanshoop berichtet dazu:

»Akutes Alkoholdelirium. Gefr. der 9. Kompagnie, seit 6. Mai 1909 bei der Schutztruppe, vom 16. Juni 1911 bis 11. Juli 1911 Lazarett, fiel beim Gruppenschießen plötzlich um. Am selben Tage, dem 15. Juni, 3 mal Anfälle von über 160 Puls. Da der Arzt abreisen mußte, dem Lazarett überwiesen. Hier Halluzinationen, Bedrohtsein, Angriffsneigung. Unter 0,001 Hyoscin subct. und 3 × 20 ccm von: Chloralhydrat 20,0, Morph. mur. 0,3, aqua dest. 200,0; später 1 mal täglich, allmähliche Heilung. Für Delirium gänzliche Lücke. Dienstfähig Truppe.«

Tierische Gifte. Reiter der 9. Kompagnie. Schlangenbiß in den rechten Zeigefinger (Beugeseite des Grundgliedes), auf einem Spaziergang etwa 1 Stunde vom Bahnbaulager der 9. Kompagnie entfernt. Bericht des Truppenarztes: »Der Mann erweiterte sofort selbst die Bißwunde mit seinem Taschenmesser und

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

schnürte den Finger im Grundgelenk mit einem Bindfaden stark ab. Im Lager sofort breite Öffnung der Wunde, Ausblutenlassen durch Anlegung einer Staubinde am Oberarm, Durchspülung der Wunde mit Lösung von übermangansaurem Kali. Innerlich 1/4 l Kognak. Nach einer Stunde Jodoformtamponade, feuchter Verband, Suspension des Unterarmes. Bald nach der Ankunft des Mannes im Lager wurde der Puls sehr klein, besserte sich jedoch auf Campherinjektionen bald wieder.

Am nächsten Tage stellten sich erhebliche Schmerzen und ein starkes Ödem des ganzen rechten Armes ein. Beides schwand nach einigen Tagen wieder. Die Wunde zeigte nun keine Neigung zur Heilung, vielmehr trat als Folge des in das Gewebe gelangten Schlangengiftes eine Gangrän der Weichteile des Mittel- und Endgliedes des rechten Zeigefingers ein, die im Lazarett amputiert werden mußten. Nach Heilung der Operationswunde, die nun einen glatten Verlauf nahm, Heimsendung als tropendienstunfähig.«

Skorpionstiche: Bericht des Truppenarztes der 3. Batterie:

»Ein Mann der 3. Batterie wurde in der Nacht vom 7. zum 8. Februar in Gibeon von einem großen braungelben Skorpion in den Kleinfingerballen der rechten Hand gestochen. Die erste Hilfeleistung vermittelte die in Gibeon stationierte Krankenschwester durch Abbinden und Verordnung von Kal.-permangan.-Bädern. Beim Eintreffen des Arztes bestand eine erhebliche Schwellung der Hand und des Unterarmes und eine übergroße Schmerzhaftigkeit. Der Verletzte hatte das Gefühl, als ob er mit feinen Nadeln gestochen und dauernd elektrisiert würde. Bei der geringsten Berührung der Fingerspitzen der verletzten Hand steigerten sich die Schmerzen derart, das der Erkrankte unter Schweißausbruch in Ohnmacht fiel. Gleichzeitig machte sich eine eigenartige Ischämie des Armes mit auffallender Kälte bemerkbar. Es wurde über der Stichwunde sofort ein tiefer Schnitt gesetzt und Kali. permangan. in Substanz in die Wunde versenkt, die Ligatur gelöst, Hand und Arm mit Sublimattüchern umwickelt und innerlich Alkohol in konzentrierter Form verordnet.

Jeder in den nächsten Tagen vorgenommene Verbandwechsel hatte die gleichen Erscheinungen zur Folge. Bei der Berührung übergroße Hyper- und Parästhesien an Hand und Unterarm, auffällige Ischämie der rechten oberen Extremität mit gleichzeitigem Ohnmachtsanfall.

Nach etwa 8 Tagen ging die allgemeine Schwellung und Hyperästhesie zurück, während die Parästhesie noch kurze Zeit bestehen blieb. Ischämie und Ohnmachtsanfälle wurden vom 10. Tage an nicht mehr beobachtet. Die Wunde selbst füllte sich nach Entfernung der ungelösten Reste von Kal. permangan. mit guten Granulationen aus und vernarbte bald. Entlassung als dienstfähig nach 15 tägiger Behandlung.«

Die beiden anderen Skorpionstiche verliefen nach sofortigem Einschnitt und Einstreuen von Kal. permangan. ohne wesentliche Begleiterscheinungen*).

Maltafieber. Bemerkenswerte Ergebnisse wurden im Berichtsjahre mit inträvenösen Kollargolinfusionen bei 2 Schutztruppenangehörigen und 2 Zivilpersonen erzielt.

Sichere Schlüsse lassen diese 4 Fälle noch nicht zu. Jedoch sprechen sie sehr für weitere Versuche mit intravenösen Kollargolinfusionen, zumal die übrigen hier versuchten Behandlungsmethoden keine befriedigenden Erfolge aufwiesen, insbesondere auch nicht die innerliche Verabreichung von Kollargol.

Eine intravenöse Infusion von 0,4 Kollargol scheint zu hoch; Gaben von weniger als 0,2 nicht voll ausreichend zu sein, vielmehr 0,2 Kollargol annähernd die richtige Einzeldosis. Eine Wiederholung der Infusion nach etwa 8 Tagen ist notwendig. Als wertvolles symptomatisches Mittel hat sich im Garnisonlazarett Windhuk das Pyramidon bei einem durch Kollargol nicht genügend beeinflußten Maltafieberfall erwiesen, und zwar am zweckmäßigsten wie bei Typhus in stündlichen Gaben von 0,125 den ganzen Tag und möglichst auch die Nacht hindurch.

Näheres werden die weiteren Versuche ergeben.

*) Spuckschlangenverletzung (Offizier, unterwegs, keine Krankmeldung, nachträglich zur Kenntnis gelangt), heftige Reizerscheinungen der Augenbindehäute, starke Schmerzen. Unter Ausspülung und Umschlägen Heilung nach etwa 5 Tagen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Krankheiten des Gehirns. Der Mann hatte einem Kameraden nach einem vorausgegangenen belanglosen Streit eine Flasche an den Kopf geworfen. Die daraufhin im Garnisonlazarett Keetmanshoop vorgenommene Untersuchung ergab »epileptische Seelenstörung«. Näheres ist nicht berichtet. Es erfolgte Heimsendung.

Nervenschwäche. Bei einem Reiter der 2. Batterie bestand das Leiden nach eigenen Angaben des Kranken in ähnlicher Weise schon in Deutschland. Seine Papiere geben keine klare Auskunft. Bei der Untersuchung in Cuxhaven hat er nichts angegeben. Hier traten die Beschwerden naturgemäß wieder auf. Es bestanden Schwindelanfälle, Schlaflosigkeit, bandförmiger Stirnkopfschmerz, Zittern der Zunge, Hände und der Augenlider. Für eine auf nervöser Grundlage beruhender Störung der Herztätigkeit spricht die Unregelmäßigkeit und plötzliche, nicht begründete Steigerung der Herztätigkeit. Es erfolgte Heimsendung.

Zu dem unter Zugang zuerst erwähnten Fall berichtet das Garnisonlazarett Windhuk:

»Epilepsie? Fiel beim Truppenteil auf durch lautes Sprechen im Schlaf, Schlafwandeln und Vornahme zweckloser Handlungen im Schlafwandeln. Er selbst weiß von diesen Handlungen nichts, gibt aber zu, lebhaft zu träumen. Heredität fehlt. Gute Familie. Degenerationszeichen: Asymmetrie der Gesichtsbildung und der Zahnstellung. Keine nervösen Symptome. Stimmung ruhig, ernst. Der Mann macht einen vorzüglichen Eindruck, antwortet sachlich und schreibt ebenso. Gewandter Tischler. Im Lazarett zweimal nächtliche Traumgespräche; bleibt aber stets im Bett. Bei Tag völlig geordnet. Auch bei weiterer Beobachtung waren keine Zeichen irgendwelcher Geistesstörung festzustellen. Der Schlaf blieb ruhig und gut. Der Mann wurde versuchsweise wieder zur Truppe entlassen.« Von da ab wurde auch im Truppendienst nichts Auffallendes mehr beobachtet.

Bronchialkatarrh. In einem Fall der 2. Kompagnie Ukamas ging der Bronchialkatarrh auf die rechte Spitze über und nahm einen chronischen Charakter an. Heimsendung war deshalb erforderlich. 2 mal trat Brustfellentzündung hinzu. Im übrigen zeigten die Bronchialkatarrhe ebenso wie die Kehlkopf- und Luftröhrenkatarrhe nichts Erwähnenswertes.

Lungenentzündung. Nach Bericht des Truppenarztes der 9. Kompagnie. Erkrankung an Lungenentzündung im Anschluß an eine Erkältung beim Bahnbau. Dem Lazarett Keetmanshoop überwiesen. Dort entwickelte sich bei dem Kranken ein schwerer Prozeß. Es kam zu keiner dauernden Entfieberung, sondern es folgten immer wieder neue Fieberanstiege, wobei jedesmal umschriebene pneumonische Herde in allen Teilen der rechten, auch einmal in der linken Lunge nachzuweisen waren. Plötzlich nahm das Fieber einen septischen Charakter an, wodurch der Kranke schnell aufgerieben wurde. Zuletzt trat eitrige Brustfellentzündung hinzu. Eine eingreifende Operation wurde wegen der Schwäche des Kranken unterlassen. Nach 10 wöchigem Krankenlager starb der Mann an allgemeiner Entkräftung. Die Sektion ergab, daß ein umschriebener pneumonischer Herd an der Basis der rechten Lunge gangränös geworden und nach außen durchgebrochen war. Es hat sich ein Empyem in der unteren Partie und ein seröses Exsudat in der oberen Hälfte des rechten Lungenfellraumes entwickelt und gegeneinander abgekapselt.

Eine schwere Erkrankung auf dem Marsch, der vielleicht ein Malariaanfall vorausgegangen ist, führte rasch zum Tode. Der Erkrankte (ein Angehöriger des Verkehrszuges I Karibib) hatte sich am 25. Januar 1912 »unwohl gefühlt«, am 26. Januar nahm die Hinfälligkeit zu, er wurde besinnungslos. Das Kommando, zu dem er gehörte, transportierte ihn mit Hilfe eines inzwischen herbeigeholten Sanitätsunteroffiziers auf einem Ochsenwagen zum Revier Otavi. Die dort vom Sanitätsunteroffizier des Maschinengewehrzuges 1 beobachteten Krankheitszeichen waren: Fieber, anfangs 38,6 mit schnellem Anstieg auf 41, schwacher, unregelmäßiger, beschleunigter Puls, röchelndes Atmen, lautes Rasseln in der Brust beim Luftholen, blutiger Auswurf. Am 27. Januar 1912 vormittags trat der Tod ein. Der telegraphisch gerufene zunächst erreichbare Arzt, ein Zivilarzt aus Tsumeb, konnte erst nach Eintritt des Todes eintreffen.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

In einem 3. Fall handelte es sich um einen zentralen pneumonischen Herd im linken Unterlappen, der vermöge seiner geringen Ausdehnung keine Klopfschallveränderung deutlich werden ließ. Dagegen wurde die Diagnose zweifellos durch umschriebenes, rein bronchiales Atemgeräusch, an 2 Tagen vorhandenes charakteristisches, rostfarbenes Sputum und den kritischen Fieberabfall. Dienstfähig entlassen. — Der 4. Fall verlief ohne Besonderheiten.

Krankheiten des Herzens, Blutarmut. Es sind verschiedene Faktoren, die für die Herzstörungen verantwortlich zu machen sind. Verschieden sind auch die Wege, auf denen sie zustande kommen.

Von den klimatischen Einwirkungen kommt als wesentlichstes Moment die Verbindung von Höhenlage und Hitze in Frage. Die Höhenlage führt zu einer dauernd vermehrten Herzaktion, um den verminderten Partialdruck des Sauerstoffs durch schnelleres Zirkulieren des Blutes in den Lungen auszugleichen. Die Hitze verlangt zum Zweck der Wärmeregulation eine stärkere Herzarbeit. Ob jeder dieser beiden Faktoren allein solche Schädigungen verursachen könnte, ist zweifelhaft. Ihr gemeinsames Auftreten aber ist als Hauptursache des hier so oft beobachteten Versagens anzusehen. Eine gewisse Rolle spielen wahrscheinlich auch die jähen Temperaturschwankungen innerhalb von 24 Stunden. Welches von diesen Momenten mehr wiegt, ist schwer zu entscheiden. Z. B. akklimatisierten sich in dem nur 750 m hohen Warmbad die Ersatzmannschaften des Transportes 1911 trotz der dort häufigen Hitze gut; dagegen kam unter den längere Zeit in Warmbad Diensttuenden eine verhältnismäßig große Zahl von Herzstörungen vor. In dem 1250 m hohen, nicht ganz so heißen Outjo wurde sowohl unter Ersatzmannschaften wie unter alten Leuten eine verhältnismäßig große Zahl Störungen beobachtet.

Unterstützt werden die klimatischen Einflüsse zunächst durch Infektionskrankheiten. Die an Malaria, Typhus, Ruhr, Maltafieber erkrankt gewesenen stellen das Hauptkontingent der Herzkranken. Hier kann es sich teils um direkte Schädigung des Herzens, teils um eine indirekte — auf dem Wege Blutarmut — Herzstörung handeln.

Auch bei Bandwurmträgern wurden nicht selten Herzstörungen beobachtet, die mit Beseitigung des Schmarotzers verschwanden. Hier werden die Herzstörungen wohl ausnahmslos indirekt, also auf Grund einer zunächst verursachten Blutarmut entstehen. Desgleichen bei den nicht seltenen Fällen, in denen sich Herzstörungen anschließen an schlechtes Gebiß, mangelhaftes Kauen, Unterernährung. Überernährung dagegen wirkt ebenfalls schädigend auf das Herz, da bei solchen Leuten hier auch geringe Anstrengungen erhebliche Mehrarbeit erfordern. Ebenso reichliche Flüssigkeitsaufnahmen auch von nicht alkoholischen Getränken — durch stärkere Belastung des Zirkulationsapparates. Mißbrauch von alkoholischen Getränken und Tabak führt natürlich sehr rasch zu Herzstörungen. Baldiges Versagen des Herzens war ferner in jedem Fall von behinderter Nasenatmung festzustellen. Mäßige körperliche Anstrengung ist unschädlich und mindestens ebenso notwendig wie zu Hause. Wirklich anstrengende Arbeit reibt in kurzer Zeit auf. Das zeigen besonders die Bahnbaukompagnien.

Alle diese unter heimischen Verhältnissen kaum bemerkbaren Schädigungen führen unter hiesigem Klima selbst bei durchaus kräftigen Herzen zu erheblichen Störungen. Aber auch den klimatischen Verhältnissen allein sind manche Herzen, die den Anforderungen jedes heimischen Dienstes vollkommen genügt haben, nicht gewachsen.

Verlauf: Welche von diesen Ursachen nun mehr eine Herzmuskelschwäche und welche mehr nervöse Störung zu bewirken geeignet sind, hat sich bisher noch nicht sicher feststellen lassen. Wahrscheinlich ist, daß durch die gleichen Einflüsse je nach der Veranlagung des Erkrankten in einem Fall eine Schädigung des Herzmuskels, im anderen eine nervöse Störung hervorgerufen wird. Bei einem Teil der nervösen Störungen wäre vielleicht an die Einwirkung der Sonnenstrahlen auf einen nicht genügend geschützten Hinterkopf und Nacken zu denken.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Herzverbreiterung wurde 5 mal festgestellt. Ihr verhältnismäßig seltenes Vorkommen erklärt sich wohl durch genaue Beobachtung der einzelnen und durch rechtzeitige Ausscheidung der schwerer Betroffenen.

Geräusche am Herzen sind ein häufiger Befund, der aber bei den Betroffenen selten konstant ist.

Herzklappenfehler sind bisher selten gewesen. Auch im Berichtsjahr kam nur 1 Fall (Aortenstenose) zur Beobachtung.

Herzbeutelentzündung trat einmal zu Grippe hinzu und ist unter Nr. 17 erläutert.

Im übrigen handelte es sich um den gewöhnlichen, im vorigen Jahresbericht beschriebenen Verlauf unter dem Bilde der Herzmuskelschwäche und (seltener) der nervösen Störung der Herztätigkeit; oder — und zwar vielleicht häufiger als gemeinhin angenommen — um Vermischung von beiden. Erwähnenswerte Einzelfälle kamen, abgesehen von einem plötzlichen Herztod bei Ruhr, nicht vor. Es handelt sich ja meist nicht um schwere Krankheitsbilder, sondern um Abweichungen, die zwar den Dienst in der Schutztruppe ausschließen, aber erst bei längerem Verbleiben unter den hiesigen ungünstigen Verhältnissen ein schwereres Aussehen gewinnen würden.

Das Auftreten ist seltener akut, häufig schleichend, schwankend. Wesentliche Abweichungen gegen das im Vorjahre Berichtete waren nicht festzustellen. Im Berichtsjahr wurden Massenuntersuchungen durch die zuständigen Truppenärzte befohlen. Diese ergaben ein wesentliches Schwanken des Einzel- und Durchschnittsbefundes, je nach Tages- und Jahreszeit, besonderen klimatischen und dienstlichen Einflüssen. Es schwankt sowohl die Pulszahl als auch die Art der am Herzen selbst gefundenen Abweichungen. Unreinheit der Töne, Geräusche, hebender Spitzenstoß, Beschleunigung, Unregelmäßigkeiten in der Aktion können z. B. zeitweise bestehen und dann — wahrscheinlich lediglich durch Ausschaltung ungünstiger Einflüsse — einem fast regelrechten Befund Platz machen. Solche Schwankungen sind sowohl gelegentlich bei einzelnen, als auch gleichzeitig bei Gruppen und ganzen Truppenteilen festzustellen.

So konnte ein seinen Bezirk bereisender Truppenarzt an einem schwülen Tage auffallende Abweichungen bei allen Leuten einer kleinen Station beobachten. Bei erneuter Untersuchung an einem kühlen Tag gelegentlich des kurze Zeit später wiederholten Besuchs waren sämtliche Störungen verschwunden. Einen dauernd schlechten Befund ergaben die Untersuchungen der Bahnbaukompagnien. Hier war es schwierig, überhaupt ein regelrecht arbeitendes Herz herauszufinden. Nur bei der 9. Kompagnie, die des öfteren zwischen 14 tägigem Bahnbaudienst und 14 tägigem Stationsdienst abwechseln konnte, besserte sich das Untersuchungsergebnis jedesmal etwas während der geringeren Anstrengungen des Truppendienstes.

Aber auch unter ruhigen, annähernd gleichbleibenden Verhältnissen ist die Zahl der Pulsschläge konstant erhöht. So ermittelte der Truppenarzt der 7. Kompagnie (Gochas, Kalahari) als Ergebnis einer sich über mehrere Monate erstreckenden Untersuchungsreihe einen Durchschnittsruhepuls von 88 Schlägen, nach 10 Kniebeugen einen Durchschnitt von 95 Schlägen in der Minute. In den einzelnen Monaten betrug der Durchschnittsruhepuls: Im Dezember 90,6, im Februar 89,75, im März 87,3, im April 85,4. Es zeigt sich also hier eine regelmäßige Abnahme der Pulsfrequenz von den heißesten Monaten Dezember und Januar nach dem kühleren April hin. Ähnliche Ergebnisse hatten auch die übrigen Massenuntersuchungen.

Behandlung: Bei reiner nervöser Störung der Herztätigkeit wird über günstige Erfolge von psychischer Beeinflussung und Wechsel der Umgebung berichtet. Bei akut auftretender Herzmuskelschwäche, namentlich solcher im Anschluß an schwächende Krankheiten, bewährte sich als Medikament Digalen, in der Rekonvaleszenz Küstenurlaub. Ein Erholungsurlaub nach dem niedrigen und kühleren Swakopmund und Lüderitzbucht bewirkt ja in fast allen Fällen eine Besserung. Ein Dauererfolg ist jedoch nur bei an sich gesunden Leuten zu erwarten, deren sonst kräftiges Herz erst im Anschluß an Krankheit oder an außer-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

gewöhnliche Anstrengungen versagte. Bei den übrigen, die, ohne besonderes geleistet oder durchgemacht zu haben, hier herzkrank werden, wird der Küstenurlaub zwar einen Nachlaß der Erscheinungen bewirken, mit der Rückkehr ins Innere wird aber auch bei gewöhnlichem Dienst wohl stets wieder mit Rückfällen zu rechnen sein. In solchen Fällen bleibt eben nur die Heimsendung übrig.

Als Prophylaxe bewährte sich allmähliche Gewöhnung der Leute durch langsam steigende Anforderungen, sowohl bei Neuankommenden als auch bei akut im Anschluß an Infektionen Erkrankten. Dem Alkohol und Tabakmißbrauch wird durch Verbote und Belehrungen entgegengewirkt; in den Instruktionen wird ferner auf geeignete Lebensweise, Vermeidung von Überernährung und zu großer Flüssigkeitsaufnahme hingewiesen. Diese Maßnahmen wurden im Berichtsjahr durch entsprechende Verfügungen einheitlich geregelt.

Die Häufigkeit der Herzstörungen zeigt, daß eine Ausdehnung der Verpflichtung wesentlich über 3 Jahre hinaus nicht ratsam erscheint. Die Zahl derer, die ohne Schaden viel länger hier bleiben könnten, ist sehr gering. Bei vielen Leuten treten gegen Ende des 3. Jahres schon leichte Störungen auf, die bei rechtzeitigem Heimatsurlaub wieder schwinden können, bei längerem Bleiben aber mit Sicherheit zu schweren Schädigungen und dauernder Tropendienstunfähigkeit, wenn nicht zu Dienstunfähigkeit überhaupt, führen können. Die scheinbare Ersparnis einer längeren Dienstverpflichtung würde durch erhöhte Rentenkosten wieder aufgehoben werden.

Ebenso wie hier erstrebt wird, neu Ankommende durch allmählich gesteigerte Anforderungen einzugewöhnen, dann aber dauernd im Training zu halten, so wäre es erwünscht, daß auch während der Ausreise die Leute ständig in geeigneter Form in Übung gehalten werden, damit sie nicht — durch Überernährung und körperliche Ruhe träge geworden — hier schon geringe Leistungen als Anstrengungen empfinden. Zu bedauern ist, daß die heimischen Ausbildungszeiten zu einer Landung der Ersatztransporte in den Monaten Oktober und November, also einer schon recht heißen Zeit zwingen. Günstiger wäre für die Eingewöhnung das Eintreffen in den kühlen Monaten Mai bis August.

Darmkatarrh. Die Erscheinungen schwanken von den leichtesten bis zu ruhrartigen, hartnäckigen Formen.

Chronischer Darmkatarrh. Die chronischen Darmkatarrhe schließen sich teils unmittelbar an einen akuten Darmkatarrh an, nicht selten aber ist hier allmähliches Entstehen aus einer Reihe anscheinend geringfügiger, kaum beachteter Darmstörungen. Klimatische Einflüsse und langer Genuß salzhaltigen Wassers bewirken anfangs Überreizung, die bei kräftigen Leuten zunächst nur zu Unregelmäßigkeit der Darmtätigkeit ohne schwere Störungen führt. Später folgt aber doch hartnäckiges Ungenügen der Darmfunktionen mit entsprechenden Begleiterscheinungen. Besonderheiten wurden im Berichtsjahre nicht gemeldet.

Blinddarmentzündung. Ein in das Garnisonlazarett Keetmanshoop von der 1. Batterie Narubis aufgenommener Fall verlief leicht. Von einer Operation wurde vorläufig abgesehen.

Die beiden anderen Fälle wurden im Garnisonlazarett Windhuk operiert (Operateur Stabsarzt Dr. Summa) und als dienstfähig entlassen.

Tripper. Der Verlauf des Trippers ist hier fast stets außerordentlich langwierig, gleichgültig ob die Behandlung im Lazarett oder Revier stattfindet, und trotz Anwendung aller modernen Methoden. Relativ selten sind Hodenentzündungen.

Syphilis. Um so erfreulicher sind die Erfolge bei Syphilis. Zur Behandlung wurde fast ausschließlich Salvarsan verwandt, im Berichts-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

jahre nur in intravenösen Infusionen. Nachdem die Anwendung genügend erprobt war, wurde zur möglichst ausgiebigen vorbeugenden Behandlung von früheren Luetikern übergegangen, auch wenn sie keine offensichtlichen Erscheinungen hatten. Die Zahl der Infusionen wurde fortschreitend erhöht, die Pausen zwischen den einzelnen Infusionen verkürzt.

Das Garnisonlazarett Windhuk berichtet:

»Seit Januar 1911 werden alle Formen von Syphilis nur noch mit Salvarsan behandelt. Im ganzen erhielten 17 Militärpersonen (an Zivilpersonen 27) Salvarsaninfusionen. Davon kamen 6 mit Primärerscheinungen, 4 mit Sekundärerscheinungen und 7 wegen latenter Syphilis in Behandlung. Von ihnen erhielten 8 zweimal, 4 dreimal, 4 viermal und einer fünfmal 0,6 Salvarsan, so daß im ganzen 49 Infusionen (84 bei Zivilpersonen) verabreicht wurden.

Grundsätze der Salvarsanbehandlung:

1. Prinzipielle Verwerfung der subkutanen und intramuskulären Injektionen wegen der damit verbundenen schmerzhaften Infiltrationen, Nekrosen und Abszesse.
2. Ausschließen aller organisch Herz-, Gefäß- und Nierenkranken von der Salvarsanbehandlung.
3. Einverleibung einer ersten geringen Probedosis (0,3—0,4) bei nicht sicherer Gesundheit der genannten Organe und bei Schwächlichkeit des Patienten, Steigerung der Dosis bei gutem Vertragen der Probedosis.
4. Mindestens 4 Infusionen von je 0,6 Salvarsan in Abständen von 5 Tagen zur Vermeidung von Rezidiven, besonders von Neurorezidiven, nachdem sich herausgestellt hat, daß 2 Infusionen ungenügend sind und dadurch die Gefahr von Neurorezidiven heraufbeschworen wird.
5. Alkalische Auflösung des Salvarsans in reiner Aqua dest. ohne Kochsalz. Menge 250 ccm. Einlaufzeit am besten 4—5 Minuten.
6. Infusionsmethoden:
   a) mit einer mit einem Stilett armierten Troikarkanüle bei weiten Venen,
   b) mit der Weintrautschen Nadel verbunden mit einem Druckgebläse bei zarten Venen.

Reaktionserscheinungen: Beobachtet wurden mehr oder weniger hohes Fieber, Kopfschmerz, Brechreiz bis Erbrechen, Durchfall und häufig Herxheimersche Reaktion. Die Erscheinungen traten gewöhnlich etwa 2 Stunden nach der Infusion auf. Die Wassermannsche Reaktion konnte nur in wenigen Fällen zur Anwendung gebracht werden. Es stand uns nur das von Dungern modifizierte Verfahren und auch dieses nur mit Unterbrechungen zur Verfügung. Es hat sich herausgestellt, daß das darin enthaltene Komplement bei uns nach einer Zeit von zirka

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

2 Monaten für die Reaktion untauglich wird. Es ist deshalb zur Gewinnung von frischem Komplement eine Meerschweinchenzucht eingerichtet.

Verlauf und Wirkung. Die syphilitischen Erscheinungen verschwanden in allen Fällen verblüffend rasch. Schankergeschwüre, Papeln meist schon nach der 2. Infusion. Die oben angeführten Grundsätze bezüglich der Menge des Salvarsans und der Häufigkeit der Infusionen wurden anfangs aus Mangel an Erfahrungen noch nicht durchgeführt. Es wurden anfangs im Gegensatz zu heute nur 2 Infusionen von 0,4 in einem Abstande von 10 Tagen gegeben. Auf Rechnung dieser, wie wir jetzt wissen, zu geringen Dosis, der zu späten Wiederholung, des Fehlens der 3. und 4. Infusion ist es zu setzen, daß mehrere bei der Zivilbevölkerung beobachtete Fälle nach 2 Salvarsaninfusionen etwa ein halbes Jahr später rezividierten und zwar mit Neurorezidiven. Wegen der Wichtigkeit, die diese Fälle für die Beurteilung der Ätiologie der Neurorezidive haben, sollen sie, obwohl der Zivilbevölkerung angehörig, auch in diesem Bericht mitgeteilt werden. Es handelt sich um 3 Fälle, von denen 2 beim Auftreten von Sekundärerscheinungen — der eine 2 mal 0,3 im Abstand von 6 Tagen, der andere 0,4 und 0,45 im Abstand von 14 Tagen — Salvarsan intravenös erhielten; der dritte bekam im primären Stadium 0,4 und 14 Tage später 0,45 Salvarsan. Bei allen dreien traten nach ungefähr 4 Monaten Nervenerscheinungen auf: Lähmung des M. externus oculi sin., Lähmung des rechten Akustikus und im dritten Fall Arteriitis obliterans der Art. central. des linken Auges. Bei der Akustikusaffektion konnte mit zweimal 0,6 Salvarsan, im Abstande von 7 Tagen gegeben, und mit Kali jodat. kein Erfolg erzielt werden, desgleichen wurde die Abduzenslähmung durch dreimal 0,6 Salvarsan in Abständen von 5 Tagen nicht gebessert, im dritten Fall gelang es mit 4 mal 0,6 Salvarsan in 5 tätigen Pausen einen guten Erfolg zu erzielen und die Sehschärfe von Fingerzählen in einem Meter Entfernung auf S = 1/9 zu bessern. Alle drei Neurorezidive sind in beinahe gleichem Abstande nach einer, wie wir jetzt wissen, unzureichenden Salvarsanbehandlung aufgetreten. Durch die 2. Behandlung ist keine Verschlechterung, in einem Falle sogar eine erhebliche Besserung eingetreten. Dies hat uns zu der Überzeugung gebracht, daß die Neurorezidive nicht als eine unmittelbare Folge des Salvarsans, sondern als eine Folge einer ungenügenden Salvarsankur anzusehen sind. Sie wären nach unserer Ansicht vermieden worden, wenn gleich beim ersten Mal vier- oder fünfmal 0,6 Salvarsan verabreicht worden wäre. Durch eine unzureichende Salvarsankur wird nach unserer Ansicht die Gefahr eines Neurorezidivs erhöht.

Gegen Ende des Jahres ging dem Lazarett ein weiterer Nervenfall (Lues cerebri) zu. Es handelte sich um einen 36 jährigen Mann (Zivil), welcher im Februar 1911 sich wegen Syphilis einer Schmierkur unterzogen hatte. Im Frühjahr 1911 bekam er angeblich einmal Salvarsan — Dosis war nicht zu ermitteln — zum Teil intravenös, zum Teil intramuskulär. Mitte November 1911 erkrankte er mit Kopfschmerzen;

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

später mit Doppelsehen und Schwindelanfällen. Anfang Dezember trat außerdem eine Schwäche der ganzen linken Körperhälfte auf, so daß er schließlich nicht mehr gehen konnte. Bei der Lazarettaufnahme am 21. Dezember 1911 bestand eine unvollkommene Okulomotoriuslähmung rechts (ramus internus intakt), eine Parese des linken unteren Facialisastes, eine spastische Parese der ganzen linken Körperhälfte und Lähmung des linken Ulnaris. Wir gaben am 23. Dezember 0,5 Salvarsan intravenös; darauf heftige Kopfschmerzen und Fieber bis 38,1. Im Laufe der nächsten Tage Nachlassen der Kopfschmerzen, Übergang der Facialisparese in völlige Lähmung und später auch noch des linken Rectus internus. 2 Tage darauf auffallende Besserung der Facialis — und Rectus internus — Lähmung links. Am 3. Januar 1912 2. Infusion von 0,4 Salvarsan ohne Reaktionserscheinungen. Schon 2 Tage später beginnt deutliche Besserung aller Nervenerscheinungen einzutreten. Am 9. Januar erhielt Patient die 3., am 14. Januar die 4. und am 19. Januar die 5. Infusion, jedesmal von 0,6 Salvarsan. Am 8. Februar konnte Patient als geheilt, ohne die geringsten Nervenerscheinungen, entlassen werden.

Ein weiterer überraschender Erfolg wurde durch große Salvarsandosen bei einer an Neuroretinitis syphilitica erkrankten Zivilperson erzielt. Der Fall sei wegen seiner allgemeinen Wichtigkeit in diesem Bericht ebenfalls mit erwähnt.

Maurer P. akquirierte angeblich 1910 Syphilis. Will auf ärztliche Anordnung eine Schmierkur durchgemacht haben. Im Januar 1911 hat er 9 Sublimatspritzen, im Februar 1911 6 Hg. salicyl. Injektionen und im Anschluß daran am 16. Februar 1911 eine intramuskuläre Salvarsaninjektion von 0,6 Salvarsan in neutraler Lösung von Zivilärzten erhalten. Im April 1911 wieder Schmierkur wegen neuer Erscheinungen und im Juni und Juli 1911 nochmals eine Schmierkur wegen Halserscheinungen. Seit April 1912 will er Abnahme des Sehvermögens beobachtet haben. Sehschärfe am 24. April rechts 5/4, links 5/3, am 8. Mai rechts 5/8, links 5/5. Ferner wurde durch ärztliche Untersuchung starke Einengungen im Gesichtsfelde des rechten Auges festgestellt. Beim Augenspiegeln ergab sich links normale Papille, dagegen rechts schleierhaft verschwommene, ferner rechts vollkommen verwaschene Zeichnung der Netzhaut und feinste Glaskörpertrübungen beider Augen. Der Arzt veranlaßte sofortige Aufnahme des Kranken in das Garnisonlazarett Windhuk, welche am 14. Mai 1912 erfolgte. Bei der Aufnahme klagte der Patient, daß ihm das rechte Auge mit Ausnahme eines kleinen Schlitzes in der Mitte vollkommen schwarz sei. Infolgedessen könne er rechts so gut wie nichts sehen. Auch mit dem linken Auge sehe er wie durch einen Schleier. S = 7/18 rechts, S = 7/8 links. Die Spiegeluntersuchung ergibt: rechter Sehnerv und seine Umgebung stark verschleiert. Eine Abgrenzung der Papille vom übrigen Augenhintergrund ist unmöglich. Staubige Trübung des ganzen Glaskörpers und 3 längliche dunkle Trübungen, welche bei Bewegung des Auges entgegenlaufen. Auch links besteht eine staubige Trübung des Glaskörpers und, dadurch bedingt, nicht ganz scharf abgegrenztes Bild

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

der sonst normalen Papille. Allgemeine indolente Drüsenschwellung. Am Vorhautblatt deutlich sichtbare Narbe überstandenen Primäraffektes. Wassermann positiv.

Der Kranke erhält im ganzen 5 Salvarsaninfusionen in zeitlichen Abständen von 5 Tagen (1 zu 0,4, 1 zu 0,5 und 3 zu 0,6).

Am 15. Juni 1912 wurde der Kranke geheilt entlassen. Sehschärfe links 8/6 und rechts 6/6. Die staubförmige Trübung des linken Glaskörpers völlig verschwunden. Papille und Netzhaut von normaler Beschaffenheit. Auf dem rechten Auge sind noch 3 dunkle, strichförmige Glaskörpertrübungen und die jetzt deutliche, wenn auch etwas verwaschene Papille sichtbar.

Diese eklatanten Erfolge haben bewiesen, daß Neurorezidive besonders nach Salvarsanbehandlung und selbst von der Schwere wie in vorliegenden Fällen, eine Salvarsanbehandlung nicht nur nicht kontraindizieren, sondern sogar erfordern.

Auf Grund dieser Erfahrungen stehen wir jetzt auf dem bereits eingangs erwähnten Standpunkt, mindestens 4 Salvarsaninfusionen zu 0,6 im Abstand von 5 Tagen zu verabfolgen, in manchen Fällen gehen wir noch weiter und geben noch eine fünfte. Damit glauben wir einem Rezidiv, vor allem aber der Gefahr eines Neurorezidivs wirksam begegnen zu können.

Die Augenbindehautentzündungen verliefen meistens gutartig. Es kamen jedoch auch einige hartnäckige Fälle vor, die unter den schädigenden Einflüssen des hiesigen Klimas, besonders der Sandstürme, immer wieder rezidivierten und einen chronischen Reizzustand hinterließen.

Krankheiten der Sehnen. Zerreißung einer schon früher beschädigten Sehne im Anschluß an eine ganz geringfügige Bewegung wurde im Garnisonlazarett Windhuk festgestellt und operiert (Stabsarzt Dr. Summa). Das Garnisonlazarett Windhuk berichtet darüber:

»Der Kranke (Offizier) zog sich vor 3 Jahren eine Verletzung (Fraktur?) am rechten Handgelenk zu. Während der Behandlung — 3 Wochen später — fiel er ein zweites Mal auf dieselbe Hand. Dann Heilung. Vor etwa 3 Wochen bei einer geringfügigen Bewegung der rechten Hand plötzlich Streckungsunfähigkeit des Endgliedes des rechten Daumens. Sehnenluxation? Muskellähmung? An Sehnendurchtrennung kann zunächst wegen Fehlens jeden Traumas nicht gedacht werden. Massage und Faradisation erfolglos. Lazarettaufnahme. Explorationsschnitt. Langer Daumenstrecker unter dem Lig. dors. des Handgelenks durchtrennt. Distales Ende liegt da als konischer Stumpf. Proximales nicht erreichbar. Das Distale wird angefrischt, ein Schlitz in die aufgesuchte Sehne des kurzen Daumenstreckers gemacht und der Stumpf mit 6 feinen Seidennähten in diesem Schlitz fixiert. Glatte Heilung. Am 4. Tage nach Entfernung der Nähte kann das Endglied schon gestreckt werden. Dienstfähig entlassen.

Der Fall ist sehr interessant. Bei dem Unfall vor 3 Jahren muß die Sehne des langen Daumenstreckers bis auf wenige Fasern durch-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

trennt (Bruchende?) worden sein und diese wenigen Verbindungsfäden sind gelegentlich nun gerissen. Dafür spricht auch das Aussehen des Stumpfes. Eine gesunde Sehne reißt nicht bei einer harmlosen Bewegung. Die Verbindung muss außerordentlich schwach gewesen sein, ihr Reißen verursachte nicht den geringsten Bluterguß, keine Schwellung. Der wahre Sachverhalt mußte dem Arzt der unwahrscheinlichste sein, da zu Zerreißung von Sehnen die stärksten Gewalten oft nicht ausreichen, und hier sollte sie durch eine harmlose Bewegung eingetreten sein? Aber es war eben möglich auf Grund einer Läsion der Sehne, die auch wieder eine ungemeine Seltenheit ist; wahrscheinlich ist die Sehne vor 3 Jahren von einer scharfen Kante eines Bruchendes zum allergrößten Teil durchtrennt worden, denn auch bei der Verletzung vor 3 Jahren wäre ein Einreißen der Sehne ohne Zerschneiden durch ein Bruchende wohl undenkbar.«

Quetschung innerer Organe. Reiter der 9. Kompagnie. Hufschlag gegen den Unterleib, sofort bewußtlos zusammengebrochen. Starke Schockwirkungen: Pulsbeschleunigung, Pulsunregelmäßigkeit, weite Pupillen. Schlagstelle sehr schmerzhaft. Nach 3 Tagen jedoch bereits wieder dienstfähig.

Knochenbruch des Unterarms. Ein komplizierter Bruch beider Unterarmknochen wurde bei der 7. Kompagnie durch Dromedarbiß verursacht. Das Lazarett Keetmanshoop berichtet darüber:

»Wurde am 2. Dezember 1911 früh beim Satteln von einem brunstigen Kamelhengst in den rechten Vorderarm gebissen. Es wurde ein Bruch beider Knochen festgestellt und der Kranke nach Anlegung eines Notverbandes zum Lazarett Keetmanshoop transportiert, wo er am 6. Dezember 1911 eintraf. Beide Unterarmknochen waren etwas unterhalb der Mitte gebrochen, an der Ellenseite Haut und Muskulatur glatt bis auf den Knochen durchgebissen. Die Bißwunde eiterte. Der Arm war wenig geschwollen, die Finger konnten gebeugt und gestreckt, dagegen nicht gespreizt werden. Unter antiseptischer Behandlung, Bädern und Streckverbänden heilte der Bruch und die Wunde, nachdem sich mehrfach Knochenstückchen abgestoßen hatten. Es blieb aber eine mäßige Knickung nach der Speichenseite bestehen, die Kallusmassen beider Knochen hatten sich vereinigt. Die Beweglichkeit war fast ganz wieder hergestellt bis auf die Pro- und Supination. Die rohe Kraft war sehr gering. Am 26. Februar 1912 dienstunfähig entlassen und zur Heimsendung eingegeben.«

Bißwunden. Die Bißwunden wurden in 2 Fällen durch Raubtiere hervorgerufen, im übrigen handelte es sich um Dromedar-, Pferde- und Maultierbisse.

Ein komplizierter Bruch beider rechter Unterarmknochen durch Dromedarbiß ist oben angeführt und erläutert.

Zu erwähnen sind ferner:

1. Eine große Dromedarbißwunde am Kopf und rechten Ohr, bei der 7. Kompagnie, wobei das Tier den ganzen Kopf des Mannes im

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Maule hatte. Trotz der großen Infektionsmöglichkeit und der durch solche Bisse verursachten Quetschungen heilte die Wunde merkwürdigerweise ohne Eiterung.

2. Dagegen hatte bei einem Mann der 1. Kompagnie eine Leopardenbißverletzung an der linken Hand und am linken Unterarm (Mai 1911) langwierigen Verlauf. Es trat bereits am folgenden Tage starke Schwellung und hohes Fieber auf; mehrere tiefe Einschnitte in den Handrücken wurden erforderlich, bei denen sich eine beträchtliche Menge Eiters entleerten. Das durchtrennte Gewebe war bretthart gespannt. Nach schließlicher Reinigung der Wunde und Heilung blieben Bewegungsbeschränkungen der Finger zurück, die im Oktober Heimsendung erforderlich machten.

3. Die schwersten Folgen hatte naturgemäß eine Löwenbißverletzung bei einem Mann der 6. Kompagnie während der Okawangoexpedition. Zudem war die Behandlung durch die primitiven Expeditionsverhältnisse erschwert. Der Truppenarzt der 6. Kompagnie berichtet darüber:

»Biß- und Quetschwunden an allen 4 Gliedmaßen infolge von Löwenbiß. Allgemeine Blutvergiftung. Wurde vom 28. August 1911 bis 7. Oktober 1911 auf der Okawangoexpedition und auf dem Transport zum Lazarett Windhuk behandelt. Vom 7. Oktober 1911 bis 18. Dezember 1911 erfolgte Weiterbehandlung im Lazarett Windhuk, von wo er zur Heimsendung kam.

In der Nacht vom 27. auf 28. August 1911 morgens gegen $^1/_{24}$ Uhr wurde Kr. bei Ombambi am Okawango von einem Löwen angefallen. Kr. schlief in Decken gehüllt inmitten seiner Kameraden am hellbrennenden Lagerfeuer. Der Löwe sprang ihm mit den Vorderpranken auf die Brust, packte ihn am linken Oberarm und schleuderte ihn einige Meter fort. Darnach sprang er wieder zu, grub seine Zähne mehrfach in die Oberschenkel des Angefallenen und schleppte ihn 20 bis 30 m fort. Auf die Schreckschüsse und den Lärm ließ er dann von seinem Opfer ab. Kr. wurde von seinen Kameraden sofort mit Verbandpäckchen verbunden. Der Truppenarzt konnte erst 20 Stunden später eintreffen. Er stellte an allen 4 Gliedmaßen Quetschungen und Bißwunden fest, aus denen teilweise zerfetzte Muskelstücke heraushingen. Am 29. August stellte sich Fieber bis 39,5 ein, zugleich bildete sich eine ausgedehnte Phlegmone am linken Ober- und Unterschenkel. Die zerquetschten Gewebsteile schienen eitrig einzuschmelzen. Durch ausgedehnte Längsschnitte wurden die mit jauchigem Eiter gefüllten Gewebstaschen entleert. Es zeigte sich, daß die Haut in weiter Ausdehnung von der Unterlage abgehoben war. In den nächsten Tagen bis zum 8. September wurden bei jedem Verbandwechsel neue Abszesse gefunden und in Narkose geöffnet. Die Temperatur wurde bis zum 9. September annähernd normal. Auf dem Transporte stellte sich am 14. September jedoch wieder Fieber ein. Bei tiefen Morgenremissionen erreichte das Fieber nachmittags immer 39,0. Chinin blieb wirkungslos. Beim Verbandwechsel zeigte sich noch ab und zu ein Eiterherd, der geöffnet wurde.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Vom 28. September ab blieb Kr. dann fieberfrei und wurde mit zum Teil schon verheilten, teilweise gut granulierenden Wunden am 7. Oktober dem Lazarett Windhuk überwiesen.«

Die zunächst noch bestehenden erheblichen Funktionsstörungen der verletzten Glieder wurden dort größtenteils beseitigt. Es blieb zum Schluß noch eine Beschränkung der aktiven Streckung des am meisten verletzten linken Beines zurück. Sie wurde aktiv bis zu 155 Grad möglich; passive Bewegungen waren bei der Entlassung nicht mehr behindert. Im Dezember 1911 konnte Heimsendung erfolgen.

Bandwurm. Soweit die Art näher bestimmt war, handelte es sich um Taenia mediocanellata. Besondere Begleiterscheinungen wurden nicht gemeldet. Einmal ging ein Bandwurm spontan zu Beginn einer Typhuserkrankung ab. Ob mit Kopf, war nicht mehr festzustellen. — Die Wirkung der Filixpräparate ist infolge der langen Lagerung nicht sicher.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Sachverzeichnis.

A.

Abdomen, Verletzung des A. 223.
Abessinierbrunnen 353.
Abfuhrwesen 41—49, 354—356, 429, 439, 445, 489, 563, 585, 604, 611, 634, 664.
Abortanlagen s. Latrinen.
Abortus 177, 178, 180, 181, 380.
Abszeß, subphrenischer 196.
Achseldrüsen 80.
Adamaua 386.
Adenofibrom 444.
Adenokarzinom 221.
Akklimatisation 174.
Akuafim 386.
Akonolinga 344, 349, 352, 355, 357, 359, 361, 389, 403, 405.
Albuminurie 380.
Alkoholvergiftung 671.
Amani 1, 13, 17, 19, 24, 33, 41, 50, 56.
Amoeba coli 409.
— histolytika 195, 197.
— tetragena 141, 409.
Amoebendysenterie s. Amoebenruhr.
Amoebenruhr 37, 111, 141, 144, 145, 150, 155, 195, 409, 434, 644, 646.
Amyloid 219.
Anämie bei Wurmkrankheit 103.
Anecho 438.
Aneurysma 202, 224.
Angaur 604.
Ankylostomiasis s. Wurmkrankheit.
Ankylostomum duodenale 118, 412.
Anopheles 53, 55, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 123, 138, 139, 141, 148, 150, 499.
Anopheles costalis 55.
Anus praeternaturalis 425.
Aortenaneurysma 202.
Aorteninsuffizienz 202.
Apia 609.
Apotheken in Neu-Guinea 484.
Appendixerkrankungen 223, 435, 436, 676.
Arbeiterfürsorge 104, 161—164, 502.
Arbeiterlohn 164.
Arbeiteranwerbung 74.
Arsacetin 399, 402, 403.
Arsenik 81.
Arsenophenylglycin 95, 399, 451.
Arthigon 521.
Aruscha 5, 14, 18, 22, 28, 36, 45, 52, 70, 74, 87, 114, 140, 160, 176.
Ary-epiglottische Falten 203.
Ascariden 150, 575.
Ascaris lumbricoides 118, 412.
Asthma 518.
Ataxie 390, 395.
Atemnot 192.
Atmungsorgane, Erkrankung der, s. Erkrankung der A.
Atoxyl 95, 100, 399, 400, 402, 403, 451, 455, 646.
Atrophie des Herzens 211.
Atropinbehandlung 200.
Augenentzündung, eitrige 144, 148 s. auch Augenkrankheiten.
Augenkrankheiten 62, 63, 112, 140, 144, 148, 176, 521, 573, 656, 680.
— in Verbindung mit Rückfallfieber 112, 145, 146.
—, Behandlung mittels Quecksilberschmierkur 112.
Ausgasung 79.
Aussätzigenheim Bagida 434.

B.

Bafia 349, 352, 359.
Bagamoyo 3, 17, 20, 25, 34, 42, 50, 56, 69, 74, 79, 80, 81, 159.
Bagida, Aussätzigenheim 434.
Balantidium coli 204.
Bamenda 342, 345, 350, 353, 356, 358, 361, 640.
Bandwurm (Taen. sol.) 109, 144, 656, 683.
Bandwurmmittel 228.
Bangalla 93.
Banjo 346, 350, 353, 356, 358, 360, 396.
Bare 345, 349, 353, 356, 357, 359, 361.
Basophile Zellen bei Malaria 92.
Bassinische Methode 222.
Bauchwand, Verletzungen der B. 205.
Bazillenruhr 111, 150, 195, 670.
Begräbniswesen 69—73, 360, 429, 492, 604, 611.
Bekleidung 634, 642, 664.
Beriberi 137, 366, 498, 515, 570, 598, 613.
Berkefeldfilter 153.
Beulenpest 120.
Bevölkerungsrückgang 501.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG

Bevölkerungsstatistik 174—184, 361, 362, 504—506, 564, 611.
Bilharzia 104, 109, 117, 118, 140, 144, 438, 441.
—, Behandlung mit Extrakt aus einheimischen Wurzeln 118.
—, Behandlung mit Salol und Natr. salicyl. 117.
— Haematobia 118.
Bilharziosis s. Bilharzia.
Bindehautkatarrh, eitriger 588.
Bismarckburg 16, 23, 31, 40, 47, 55, 66, 74, 76, 108, 117, 171, 197.
Bißwunden 523, 681.
Blastomycose 613.
Blennorrhöe 520.
Blinddarmerkrankungen s. Appendixerkrankungen.
Blutfarbstoff 181, 189, 191, 382, 383.
Blutharnen 118.
Blutuntersuchungen 134, 135.
Bodenverhältnisse 50—56, 356—358, 429, 439, 445, 490, 585, 611, 634, 664.
Bohora-Sekte 69.
Bordelle 503.
Bothriocephalus latus 412.
Bronchialkatarrh s. Erkrankung der Atmungsorgane.
Bronchopneumonie 223, 227, 414, 575.
Brustfellentzündung 653, 673.
Brustfell, Verwachsung des B. 360.
Buba s. Framboesie.
Bubonen 80, 154, 421.
—, Submaxillarbubonen 82.
Bubonenpest 79, 80, 82, 158.
Buea 339, 343, 348, 352, 354, 357, 359, 639.
Bukoba 10, 17, 24, 33, 41, 49, 56, 68, 73, 74, 76, 94, 111, 113, 149, 161, 164, 173.
Bumbide 96.

C.

Calomel 102, 195, 412.
Carcinom 448.
Cascas (Südseekrätze) 521.
Cerebrospinalmeningitis s. Genickstarre.
Charcotsche Kristalle 115.
Chaulmoograöl 417.
Chinin 87, 189—194, 378—382, 383, 609, 670.
— s. auch unter Malaria.
— zur Bekämpfung von Keuchhusten 114.
Chinineinspritzung 189, 190, 191, 192 bis 194.
Chiningewöhnungskur 143, 175, 192, 194.
Chininidiosynkrasie 194.
Chininprophylaxe 55, 66, 91, 136, 139, 144, 147, 169, 177, 379, 430, 496, 514, 670.
Chinintannat 448.
Chirurgie 423—426.
Cholesterin 225, 383.
Chylurie, chronische 407.
Claytonapparat 79, 493.
Claytongas 121.
Conjunctivitis 597.
Cordylobia Gruenbergii 443.
Cort. Granat. 195.
Cort. Simarub. 195.
Culexlarven 53, 90.
Culiciden 87, 90, 123, 148, 407, 499.
Cystom 448, 516.

D.

Daressalam 1, 13, 18, 20, 26, 34, 42, 50, 57, 69, 74, 77, 78, 79, 81, 84, 85, 86, 110, 116, 119—125, 137, 170, 174, 178, 188, 189, 198.
—, Bevölkerung 188.
Darmblutung bei Dysenterie 410.
Darmkatarrhe 411, 412, 645, 655, 676.
Darmkrankheiten 59, 63, 139, 144, 148, 181, 182, 589, 655.
Darmparasiten 118, 119, 150.
Denguefieber 491, 516, 570, 588.
Dermatol 175.
Dermoid 215.
Desinfektion mit Naphtalin 81.
Diazoreaktion 119.
Digalen 190, 514.
Diphtherie 645.
Diurese 194.
Djipesee 90.
Drüsenfühler 95.
Drüsenschwellung 74, 82, 387, 402.
— bei Ratten 77, 82.
Dschang 345, 349, 353, 356, 357, 359, 639.
Dshallasee 91.
Duala 338, 339, 343, 348, 352, 355, 357, 359, 386, 640.
Dume 341, 344, 349, 353, 355, 359, 361, 390, 401, 405.
Dysenterie 141, 195—197, 363, 408 bis 411, 431, 441, 446, 497, 499, 569, 613.
—, durch Malaria und Chininidiosynkrasie kompliziert 195.

E.

Ebolowa 340, 344, 348, 352, 355, 357, 359, 361, 386, 639, 641.
Eicheltripper 519.
Eingeborenenhospitäler: Amani 3, Anecho 439, Angaur 604, Aruscha 7, Bagamoyo 3, 79, Bagamoyo (Lageplan) 4, Bamenda 342, Bitalobo 513, Buea 339, Dodoma 151, Dschang 341, Dume 341, Ebolowa 340, Eitape 484, Friedrich-

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Wilhelmshafen 483, 512, Garua 338, 342, Herbertshöhe 481, 511, 512, Iringa 29, Jap 562, Jaunde 340, Jukaduma 341, Kaewieng 481, 511, Kidugala 157, Kieta 484, Kigali 148, Kilimatinde 10, 31, Kilossa 8, Kilwa 102, Kissenji 10, 33, Kondoa-Irangi 28, Kusseri 338, 342, Lindi 5, 100, Lome 428, Mahenge 29, Massoko 8, Massoko (Lageplan) 9, Mohoro 5, Molundu 341, Morobe 484, Moschi 5, Muansa 8, 31, Muhesa 3, 34, 50, Namatanai 482, 511, Neu-Langenburg 30, 47, Palime 445, Pangani 34, Ponape 583, Rabaul 481, 510, Rufiyi 27, Samoa 609, Schirati 10, Schirati (Lageplan) 11, Sewa-Hadji-Hospital Daressalam 1, 26, 120, 138, 170, Ssongea 5, Stephansort 483, Tanga 3, 187, Udjidji 32, 40, 48, Usumbura 8, 32, Wilhelmstal 3, Witu (Insel) 483.
Eingeweidewürmer 136, 412, 413.
Eiweiß im Urin 189, 190, 191.
Ekzeme 522.
Elephantiasis 145, 204, 223, 407, 433, 443, 500, 575.
Elulu, Name für glossin. palp. 390.
Emmaberg 63.
Empyem 635.
Endokarditis 122.
Engare Nairobi 88.
Entbindung 175.
Epham, Name für glossin. palp. 390.
Epizootie 80.
Epulis 217.
Erblindung infolge Atoxylbehandlung 399, 402, 455.
Erdeessen 100.
Ergotin 175.
Erholungsheime 481.
Erkältungskrankheiten 56, 59, 61, 63, 64, 67, 139, 140, 143, 145, 148.
Erkrankung der Atmungsorgane 61, 63, 64, 144, 150, 232, 363, 413, 518, 572, 644, 653.
Ernährung der Eingeb. 136, 155, 347.
Erysipel 570.
Europäerkinder-Schule Daressalam 178.

F.

Familienstatistik der Eingeborenen 180 bis 184.
Facialisphänomen 202.
Fibrome 145, 216, 516.
Fibrolipom 215, 443.
Fibrolyninjektionen 407.
Fibroosteom 218.
Fieber 54, 59, 181, 182.
Fieberhafte Erkrankungen 87, 174, 176.
Filaria diurna 407.
— loa 408, 444.
— medinensis 408.
— perstans 407.
— bankrofti 137, 407.
Filarien 86, 145, 406—408, 433, 575, 647.
Finschhafen, Erholungsheim bei F. 481.
Fleischbeschau 20.
Fleischpreise s. Marktpreise.
Framboesie 115, 140, 146, 150, 232, 418, 441, 516, 566, 588.
Frauenkrankheiten 233, 524, 575.
Friedrich-Wilhelmshafen 484, 485, 487.
Frühgeburten 143.
Furunkel 144.
Furunkulose 144, 174, 645.

G.

Gallenfarbstoff im Urin 189, 190.
Gallensteine 122.
Gangrän 207, 208, 437, 672.
Garua 342, 346, 350, 353, 356, 358, 360, 361, 641.
Garuawurm 408.
Geburten 524, 575.
— -Statistik 277, 280, 282.
Gefangenenfürsorge 165—169.
Gefangenenverpflegung 165, 167, 168, 169.
Gefängnisse 165—169.
Gehirnlues 520.
Gehirnmalaria 142.
Geisteskrankenfürsorge 174, 418—420.
Geisteskrankheiten 144, 174, 418, 517, 571, 597, 653.
— ‚Nachweisung der G. 281.
Geistesstörungen bei Malaria 193, 517.
Gelbfieber 442, 446.
Gelenkentzündung 523.
Gelenkmaus 523.
Gelenkrheumatismus 145, 515, 570, 646, 652, 671.
Gemüsepreise s. Marktpreise.
Genickstarre 113, 114, 141, 155, 156, 515.
—, Symptome 114, 156.
Geraragua 88.
Geresani 51.
Geschlechtskrankheiten 144, 145, 148, 150, 154, 169—174, 180, 191, 232, 420—422, 433, 499, 519, 573, 655.
Geschwülste 215—221, 516.
Gesundheitsdienst 76, 363, 430.
— beim Bau der Mittellandbahn in Kamerun 364, in Deutsch-Ostafrika 151.
— beim Bau der Usambarabahn 153.
Gesundheitsdienst des Krankenhauses des Berliner Vereins für ärztl. Mission Kidugala 157—159.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Gesundheitskommission
in Daressalam 18, 73, 138,
in Morogoro 141.
Gesundheitsverhältnisse in Deutsch-Ostafrika 136—151.
Gewinnung von Lymphe s. Lymphbereitung.
Gibbus 201, 444.
Gibeon 657.
Gicht 515.
Giemsalösung 87, 123.
Glossina 51, 95, 389, 392, 393, 394, 450.
— fusca 393, 394, 395.
— morsitans 100, 393, 395.
— palpalis 16, 55, 66, 75, 99, 386, 393, 394, 450.
— tachinoides 393, 450.
Glottisödem 200.
Glyzerinlymphe 77, 121.
Gonorrhöe (Tripper) s. Geschlechtskrankheiten.
Granulom 217, 421, 520.
Graue Salbe zur Behandlung von Framboesie 115.
Greiz (Plantage) 110.
Grippe 140, 176, 670.
Grubir-Widal, Untersuchungen nach Gr.-W. 122.
Guineawurm 433.
Gummata 613.

H.

Haematombildung 223.
Haematurie 382.
Haemoglobin 175, 189, 191, 192, 382.
Haemoglobinometer, Fleischlscher 192.
Haemoglobinurie 384.
Haemorrhagien 194.
Halluzinationen bei Malaria 193.
Halsdrüsen 74, 79.
Harnröhrenverschluß durch Steine 203.
Hautausschlag 199.
—, eitriger, durch Stechmücken hervorgerufen 148.
Hautkrankheiten 574, 645.
Headsche Zone 195.
Hebammen, eingeborene 442.
Helminthiasis 412, s. auch Eingeweidewürmer.
Herbertshöhe 484, 486.
Herpes zoster 195.
Herzbefund bei Eingeborenen 133.
Herzbeutelentzündung 515, 670, 675.
Herzklappenfehler 202, 572.
Herzkrankheiten 140, 202, 363, 515, 572, 654, 674.
Herzschwäche 122, 144, 193, 575.
Hirnabszesse 207.
Hirnhaut, Trübung der H. 191.
Hirnhautentzündung 205, 421.
Hodenentzündung, kompliziert mit Ohrspeicheldrüsenentzündung 513.
Hörschärfe, Feststellung der H. 133.
Hospitalbrand 448.
Hotel »Förster« Moschi 36.
Hubkraft, Feststellung der H. bei Eingeborenen 132.
Hydrozele 436.
Hypopyon 112.
Hypostasen der Lungen 191.

I.

Idiosynkrasie gegen Chinin 194.
— gegen Quecksilber 207.
Ilembula 63, 233.
Impfung 76, 148, 149, 158, 162, 163, 165, 376, 430, 440, 498, 612, 631, 635 (s. auch Schutzpockenimpfung).
—, Übersicht der I. 260, 376, 430, 440, 447, 498.
Influenza 588.
Institut für Seuchenbekämpfung Daressalam 69.
—, Nachweisung der dort ausgeführten Untersuchungen 272.
Iringa 23, 29, 38, 46, 53, 62, 63, 71, 74, 76, 92, 102, 112, 143, 164, 172, 177.
Iritis 112.
Irrenpflege 174.
Itembuisifluß 39, 54.
Itupifluß 39, 54.

J.

Jabassi 345, 353.
Janetsche Spülungen 521.
Jap 562.
Jaunde 340, 344, 348, 352, 355, 357, 361, 641.
Jodkali zur Behandlung der Genickstarre 156.
— zur Behandlung der Framboesie 115, 418.
— zur Behandlung von Madurafuß 204.
Jodoformöl 407.
Jodtinktur zur Behandlung der Framboesie 115.
Jukaduma 341.

K.

Kachexie 410.
Kaewieng 484, 485, 487.
Kahe 89.
Kalaazar 137.
Kalomel s. Calomel.
Kamerunschwellung 407.
Kampfereinspritzung 190.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Kapokschnupfen 518.
Karawanserei Iringa 160.
— Lindi 160.
— Muansa 161.
Karbol zur Behandlung der Lepra 417.
Kasuistik 189, 231, 434, 443, 448, 513, 566, 613, 635, 644, 666.
Katjang-idjoe-Bohne 498, 516.
Kauweimündung (Quarantänestation) 19.
Keetmanshoop 650, 657.
Keuchhusten 61, 114, 115, 140, 227.
— in Verbindung mit Lungenentzündung 114.
Kibaba (Hohlmaß) 26.
Kibata 139.
Kibongoto (landwirtschaftliche Versuchsstation) 90.
Kiborianiberge 36, 37.
Kibosho 89.
Kidugala 63, 333.
Kifua (Erkrankungen der Atmungsorgane) 150.
Kifumbiro 17.
Kigonsera 13.
Kiguena 10, 98.
Kikuletwa (Fluß) 87.
Kilalu (Eingeborenenbezeichnung für Tobsucht) 114.
Kilema 90.
Kilimandjaro 61, 87.
Kilimatinde 10, 16, 19, 23, 31, 40, 48, 54, 65, 72, 76, 78, 91, 142, 172, 177.
Kilindoni 139.
Kilossa 8, 15, 18, 22, 29, 38, 46, 53, 71, 101, 160, 163, 167, 172.
Kilwa 18, 21, 27, 35, 43, 59, 70, 74, 78, 102, 139, 159, 162, 165, 170, 175, 177.
Kindersterblichkeit 149, 182.
Kinderzahl bei den Eingeborenen 180.
Kisonono (Eingeborenenbezeichnung für Tripper) 117.
Kissenji 10, 17, 24, 33, 39, 49, 67, 73, 148.
Kisumu 83.
Kivusee 39.
Klima 50, 157, 358, 429, 440, 491, 586, 631, 656 (s. auch Witterungsverhältnisse).
—, Daressalam 57, 58, 59.
—, Morogoro 7.
Kniegelenkentzündung 574.
Knochenbrüche 523.
Knochenmarkentzündung, traumatische 204.
Knochenmarkvereiterung 522.
Kochsalz zur Bekämpfung von Schwarzwasser 514.
Königin-Charlotte-Krankenhaus Lome 427, 433.
Koffein-Einspritzung 190.
Kollargol 672.
Kollaps 175, 190.
— bei Rückfallfieber 198.
Kondoa-Irangi 14, 22, 28, 37, 45, 62, 71, 76, 78, 141, 167, 172.
Kontaktinfektion 110.
Kontrolle, sanitätspolizeiliche, der Einwanderer 116.
Kontrollreisescheine 75.
Kornealreflex 194.
Korogwe 1, 50.
Koya-Sekte 69.
Krätze 144.
Krankenanstalten für Europäer:
Anecho (Nachtigal-Krankenhaus) 428, 438.
Apia 610.
Aruscha (Hospital) 5, 6.
Bagamoyo (Krankenstube) 3.
Daressalam (Gouvernementskrankenhaus) 1, 85, 185, 198.
Dodoma (Hospital) 151.
Duala (Regierungshospital) 339.
Friedrich-Wilhelmshafen (Krankenhaus) 480, 510.
Herbertshöhe (Krankenhaus) 480, 510.
Kidugala (Krankenhaus) 157, 333.
Kribi (Regierungshospital) 339, 340.
Kusseri (Krankenhaus) 342.
Lindi (Gouvernementskrankenhaus) 5.
Lome (Königin-Charlotte-Krankenhaus) 427, 433.
Morogoro (Erholungsheim Sachsenhöhe) 7.
Ponape (Krankenhaus) 583.
Same (Krankenhaus der Bauleitung der Usambarabahn) 153.
Schirati (Krankenstube) 10.
Tanga (Gouvernementskrankenhaus) 1, 3, 153, 162, 186, 192, 273.
Victoria (Regierungshospital) 339.
Krankenbewegung 185, 186, 365, 433, 443, 447, 506, 509, 587, 612, 627, 638, 649.
Krankendienst 185, 367, 433, 443, 447, 506, 566.
— der missionsärztlichen Station Madshame 227.
— der Station Ilembula 233.
— der Usambarabahn 224, 225, 226.
Krankenzugang auf den einzelnen Stationen 242.
Kranzplatz 661.
Krebs 221, 227.
Kribi 340, 344, 348, 351, 352, 355, 357, 359.
Kub 657.
Kurassini 51.
Kusseri 342, 346, 350, 353, 356, 358, 360, 361, 362, 640.
Kwiso 38, 72.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

L.

Laboratorium, bakteriologisches, Apia 610.
— Daressalam, Tätigkeit des L. 119—125.
Lähmungen 572.
Lamesale 105.
Landwirtschaftlich-biologisches Institut Amani 33.
Lastentransport 160.
Latrinen 41—49, 354—356 (s. auch Abfuhrwesen).
Leberabszeß 122, 145, 154, 195—197, 225, 410, 432, 434, 635, 646.
—, idiopathischer 197.
Lebensmittelpreise 19—33, 348 (s. auch Marktpreise).
Lehmessen s. Erdeessen.
Leichenschau 69, 70, 74, 83, 120.
Leistenbrüche 222, 423, 436.
—, Statistik 424.
Leistenbubonen 80.
Lepra 109, 137, 142, 150, 312—315, 414—417, 431, 498, 571, 598.
Lepraheim Daressalam 138.
— auf der Insel Lindo 140.
Leproserien in Kamerun 415.
Leptomeningitis 572.
Lindi 1, 5, 13, 21, 27, 35, 41, 43, 60, 70, 74, 81, 92, 99, 103, 114, 115, 116, 117, 118, 160, 163, 165, 166, 171, 180, 633.
Lipom 217.
Liquor Uzara 410.
Litindi (Station für Geisteskranke) 174.
Liwale 139.
Loemopsylla cheopis Rothschild (Rattenflöhe) 121.
Lokalanaesthesie, Braunsche 217.
Lome 427, 430.
Löwenbiß 682.
Lues 149, 173, 200, 210, 211, 613.
—, Gehirn-L. 520.
Lukuledital 5.
Lumasule 93.
Lumbalhernie 436.
Lumbalpunktion 113, 156.
Lungenembolie 443.
Lungenentzündung 80, 144, 145, 182, 400, 500, 613, 653, 673.
— mit blutigem Auswurf 80.
— in Verbindung
mit Keuchhusten 114,
mit Malaria tropica 232, 380.
Lungenödem 193, 363.
Lungenpest 83, 120, 158.
Lungenspitzenkatarrh 652.
Lungentuberkulose s. Tuberkulose.
Lunguza 24.
Lupembe 63.
Lymphbereitung 77, 121, 376, 642.
Lymphbereitung, Nachweisung der Lymphgewinnung 264.
Lymphdrüsenschwellungen 387.
Lymphe 76, 77, 78, 121, 642.
—, Haltbarkeit 77, 78, 121.
—, Trockenlymphe 121.

M.

Madibira 63.
Madshame 89.
Madurafuß 204.
Magenbeschwerden 190.
Magenkrankheiten 190.
Mahenge 16, 19, 23, 29, 38, 47, 54, 63, 71, 76, 78, 91, 111, 114, 142.
Malaria in Kamerun 378—382, 643, 644.
— in Neu-Guinea 496, 499, 513, 570.
— in Ostafrika 14, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 83—94, 122, 137, 138, 139—147, 150, 152, 154, 157, 174, 176, 189—194, 226, 231, 629.
—, Morbidität 84, 85, 92, 93, 143.
—, Mortalität 84, 85.
—, Statistik 84, 85, 274, 276.
— in Südwestafrika 651, 688.
— in Togo 430, 441, 446, 448.
—, chronische 190.
— quartana 86, 94, 143, 145, 189, 192, 379, 668, 669.
— tertiana 86, 92, 93, 94, 143, 145, 191, 192, 379, 668.
— tropica 86, 88, 90, 91, 92, 94, 143, 145, 147, 189, 192, 379, 434, 513, 668.
— tropica quartana 86.
Malariabekämpfung 87, 157, 378, 430, 496.
— in Daressalam 87, 119, 189—192, 274, 275.
— in Kamerun 378—382, 644.
— in Moschi 194.
— in Tanga 87, 192—194.
— durch Uranin 381.
Maltafieber 653, 672.
Maltahöhe 657.
Marangu 90.
Marktpreise 20—33, 349, 440 (s. auch Lebensmittelpreise).
Masern 137, 145, 158.
Massai 28, 70, 71.
Massoko 8, 23, 39, 54, 64.
Mastitis 524.
Mbamba (Bezeichnung für Wurmkrankheit) 108.
Medinawürmer 408.
Meningitis 425.
Menschenpest 79 (s. Pest).
Mercurialstomatitis 210.
Meruberg 18, 36, 52, 61, 71, 87, 114, 163, 176.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Migera 10.
Mikindani 13, 87, 92, 165, 166.
Mikrofilaria diurna 408.
— perstans 147.
Mikrothan 123, 124.
Miliartuberkulose 407.
Militärärzte 1, 337.
Militärische Unternehmungen 631, 657.
Milzabszesse 437.
Milztumor 636.
Milzvergrößerung 191.
Misahöhe 450.
Missionen:
Bagamoyo 69.
Bismarckburg 23.
Daressalam 20, 110, 122.
Honga 22.
Hembula 82, 158.
Issavi 148.
Kabgaye 148.
Kaewieng 491.
Kibosho 89.
Kidugala 157, 333.
Kigonsera 13.
Kilema 90.
Kitunda 177.
Kwiro 16, 38, 72.
Madibira 63.
Madshame 89, 332.
Matuma in Muata 93.
Matupi 492.
Milow 159.
Mlalo 113.
Morogoro 52.
Nassa 114.
Peramiho 13, 140.
Pommern 63.
Tanga 69.
Tosamaganga 63.
Usumbura 32.
vom Heiligen Geist in St. Michael (Alexishafen) 483.
Vunapope 492.
Mohoro 5, 13, 21, 35, 59, 70, 76, 102, 114, 138, 162, 177.
Molundu 341, 345, 349, 353, 355, 357, 359, 361, 362, 385.
Morogoro 7, 15, 18, 22, 28, 37, 43, 45, 52, 74, 91, 101, 110, 141, 160, 163, 172.
Moschi 5, 13, 18, 21, 27, 35, 44, 51, 61, 70, 87, 89, 91, 110, 114, 140, 160, 163, 166, 171.
Moskitos 14, 89, 93.
Mpadu (Eingeborenenbezeichnung für Starrkrampf und Genickstarre) 114.
Mpapua 14, 18, 22, 28, 36, 47, 61, 71, 112, 114.
Mshango luzwili (Eingeborenenbezeichnung für Krämpfe) 114.
Mshango ya mutwi (Eingeborenenbezeichnung für Epilepsie) 114.
Mtarawald 8, 55, 75.
Muansa 1, 8, 16, 19, 23, 30, 39, 47, 54, 64, 72, 74, 78, 81, 93, 108, 116, 143, 144, 161, 164, 168, 173, 181.
Muhesa 1, 3, 13, 17, 25, 34, 42, 50, 69.
Mukondokwafluß 19, 53.
Mumps 145, 500.
Mundfäule 519.
Muskelatrophie der Extremitäten 145, 523.
Muskelkrämpfe 192.
Mücken 50, 51—55, 59, 61, 66, 68, 87, 88, 90, 499.
Mückenbekämpfung 52, 86, 123, 124.
Mücken, Fangmethode 122, 123.
Müllbeseitigung 41—49, 354—356.
Mycetoma papillomatosum 204.
Myiasis der Haut 443.
Myombo (Baumwollversuchsstation) 16.

N.

Nachweisung der kranken Europäer und Farbigen
in Ostafrika 234,
in Daressalam 244,
in Tanga 252,
beim Bau der Zentralbahn 320,
beim Bau der Usambarabahn 326, 329, 331,
der Missionsstation Madshame 227, 332,
im Krankenhaus des Berliner Vereins für ärztl. Mission in Kidugala 333,
im Bezirk Lome 456,
im Bezirk Anecho 462,
im Bezirk Misahöhe 467,
in Neu-Guinea 525,
in Rabaul 536,
in Herbertshöhe 544,
in Kaewieng 549,
in Süd-Neu-Mecklenburg 554,
in Friedrich-Wilhelmshafen 557,
auf den Karolinen-, Marshall- und Palau-Inseln 577,
in Ponape 590,
auf den Marshall-Inseln 599,
auf den Palau-Inseln 605,
in Samoa 614.
Nahrungsmittel 19—33.
Naitivi (Pflanzung) 104.
Namatanai 482, 484, 485, 486.
Naphthol 412.
Narkose 222, 519, 520.
Narubis 661.
Nasenpolypen 518.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Nastin 417.
Natriumantimonyltartrat 95.
Necator americ. 104, 524.
Nekrose 515, 516.
Nervenschwäche 644, 653, 673.
Neu-Langenburg 16, 23, 30, 39, 47, 72, 82, 167, 171, 181.
Neu-Mecklenburg 495.
Neu-Moschi s. Moschi.
Newala (Bezirksnebenstelle) 13, 166.
Ngamiani (Vorstadt von Tanga) 50.
Niansa 10.
Niavangi 23, 31.
Niederschläge 56—68, 90, 359, 360, 379, 429, 490, 586, 656.
Nierenentzündung 122, 515, 519.
Nierenkapsel, Verwachsung der N. 191.
Nkam-Fluß 385.
Nola 389.

O.

Obduktion 363, 436.
Ödem 191, 395.
Ohrenkrankheiten 574.
Ohrspeicheldrüsen-Entzündung 190, 498, 499, 513, 598.
— kompliziert mit Hodenentzündung 513.
Okanjande 652.
Olmslog (Farm) 83, 84, 88, 89.
Onchocerca volvulus 444.
Operationen 222—224, 231, 423, 435, 436, 443, 448, 511, 512, 589.
—, Statistik 289, 448.
Ornithodoren (s. Rückfallfieberzecken).
Ornithodorus moubata (s. Rückfallfieberzecken).
Ortschaftsstatistik 135.
Osteoïbrochondrom 215.
Osteom 217.
Ostulugurustraße 7.
Outjo 651.
Oxyuris-vermicularis 412.

P.

Palästina-Deutsche 52, 87, 176.
Palime 444.
Panganga (Gouvern.-Baumwollstation) 162.
Pangani 13, 18, 20, 25, 34, 42, 50, 56, 59, 74, 76, 159, 162, 165.
Pappataccifieber 199.
Paralyse s. Geisteskrankheit.
Paraphimosen 519, 573.
Parenchym der Nieren 191.
Parotitis 588.
Patellarreflexe 192.
Pavor nocturnus 444.
Pemba (Pflanzung) 104.
Peramiho 13.
Perforationsperitonitis 447.
Peritonitis 363, 569.
Pertussis s. Keuchhusten.
Peruglycol 522.
Pest 78—83, 158.
— in Bagamoyo 629.
— in Daressalam 119—120.
— im Kilimandjarogebiet 629.
— in Muansa 629.
Pestbekämpfung 2, 74.
Phimose 175, 519, 573.
Phosphorlatwerge 87, 120.
Pigment 191.
Pleuritis 201, 360, 407, 414.
Pneumonie 150, 227, 363, 414, 613.
Pocken 76—78, 137, 140, 152, 158, 181, 182, 375—377, 430, 440, 446, 493, 498, 569, 629.
Pockenimpfung s. Impfung.
Polyneuritis 192.
Ponape 583.
Prämienzahlung für Drüsenfühlung 95.
Prinz-Louis-Ferdinand-Quelle Neu-Moschi 36.
Privatapotheke Duala 361.
Prostitution 73, 169—174, 362, 363, 503, 564.
Psychose s. Geisteskrankheit.

Q.

Quarantänemaßnahmen 74, 493.
Quecksilberbehandlung 153, 156, 418.
Quecksilberschmierkur 100.

R.

Rabaul 480, 484, 486, 509.
Rasthäuser in Neu-Guinea 484.
Rattenflöhe 121.
Rattenpest 79, 80, 81, 82, 119—121.
Rattengift 81, 83, 119—121.
Rattenvertilgung 79, 80—83, 119—121, 287.
Reaktion, Herxheimersche 421.
Rekurrens s. Rückfallfieber.
Reflexe 192.
Regenbogenhautentzündung 112, 145, 146.
Regierungsärzte Ostafrika 1.
— Kamerun 337.
Rhabdomena strongyloides 412.
Rheumatische Erkrankungen 56, 63, 176.
Rhinopharyngitis mutilans 418.
Rieselfeld bei Amani 50.
Rikwasee 82.
Ringwurm 522.
Ristin 522.
Romangu 10.
Rombo 18, 90.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Roter Hund 175.
Rovuma 115, 117.
Röteln 644.
Ruahatal 53.
Ruanda 32, 67, 147.
Rufiyi 27, 35, 159.
Rufu (Fluß) 87, 90.
Ruha 38.
Ruhr 110, 111, 140, 148, 152, 431, 432, 497, 569, 643, 644, 646, 652, 670.
— in Verbindung mit anderen Krankheiten 111, 432.
Ruhrabszeß 122.
Rumonge 10.
Russissital 66, 75.
Rückfallfieber 66, 111—113, 137, 140, 141, 142, 145—147, 149, 159, 177, 197, 198, 226, 231.
— in Verbindung mit Augenkrankheiten 112, 145, 146.
Rückfallfieberzecke 111, 112, 141, 146, 161, 198.

S.

Sachsenhöhe (Erholungsheim) 7.
Sadani 74, 79, 159.
Salvarsanbehandlung 153, 191, 200, 208—215, 417, 418, 421, 445, 514, 516, 520, 567, 583, 588, 655, 668, 677.
—, Grundzüge der S. 677.
Salvarsan bei Bilharzia 214.
— bei Framboesie 212.
— bei Hospitalbrand 448.
— bei Lues 210—212.
— bei menschlichen Spirillosen 209.
— bei Malaria 669.
— bei Rückfallfieber 208, 209, 211.
— bei Schlafkrankheit 400.
Salzgewinnung 30.
Same 109, 153.
Samoa 609.
Sanatorium Wugiri 175.
Sandfliegen 491.
Sanierungsarbeiten 53—56, 75, 94, 96, 157, 356—358, 404, 440, 445, 490, 634, 642, 665.
— s. auch Bodenverhältnisse.
Sanitätsdepot Duala 338.
Sanitätsdienststellen: Jukaduma 341, Kilossa 101, Korogwe 1, Muhesa 1.
Sanitätspersonal: Ostafrika 1, 628, Kamerun 337, 338, Togo 427, 438, 444, Neu-Guinea 480, Jap 562, Samoa 609.
Sanitätswesen 73—76, 361—363, 446, 492—494, 660.
Sankulua (Eingeborenenbezeichnung für Bilharzia) 117.
Santonin 412.
Sarkom 220, 516, 571.
Sassaware 99.
Savaii 609.
Säugetiere als Reservoir für Schlafkrankheit 99.
Schwestern: Ostafrika 2, Kamerun 338, Samoa 609.
Sehnerverkrankung 176.
Sehschärfe, Feststellung der S. bei Eingeborenen 133.
Sektionen 122.
Sensibilität 192.
Shiga-Ruhr 670.
Siebentagefieber 199.
Simaruba-Granatwurzelessenz 410.
Simbasi 51.
Singidda 23, 142.
Skorbut 636.
Skorpionstiche 672.
Sodawasserfabrik auf der Plantage Greiz 110.
Sonyo 28.
Soppo 386 (s. auch Buea).
Soziale Hygiene 159, 587.
Spannkraft, Feststellung der Sp. bei Eingeborenen 132.
Speicheldrüsengeschwulst 218.
Spirillen 86, 111, 146.
Spray-Verfahren 123.
Spritze, tragbare, nach Giemsa 123.
Sprunggelenk, Vereiterung des Sp. 223.
Spulwurm 109, 144.
Ssongea 5, 13, 21, 28, 35, 44, 64, 72, 74, 76, 93, 99, 106, 111, 115, 117, 139.
Sublimat 400.
Südseekrätze (Cascas) 521.
Syphilis 144, 145, 146, 191, 200, 201, 421, 441, 588, 644, 655, 676 (s. auch Geschlechtskrankheiten).
—, papulöse der Regenbogenhaut 200.

Sch.

Schanker 144, 145 (s. auch Geschlechtskrankheiten).
Scharlach 227.
Schirati 10, 23, 31, 40, 47, 64, 72, 74, 113.
Schlafkrankenlager
a) Deutsch-Ostafrika: Kishanje 95, Niansa 10, Rumonge (mit Romangu und Kiguena) 10, Schirati 10, Ssongea 140, Udjidji 32, 48, Urambi (mit Migera) 10, Usumbura (mit Mtarawald und Tschiwitoke) 8.
b) Kamerun: Akonolinga 403, Dume 345, 401, 403.
c) Togo: Kluto 451.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Schlafkrankheit
a) Deutsch-Ostafrika: 2, 8, 54, 55, 66, 74, 75, 139, 145, 146, 316, 629.
—, Anhaltspunkte für die Bekämpfung 97, 98.
—, Bekämpfung 94—100.
b) Kamerun 385—496, 646.
—, Behandlung 399—404.
—, Bekämpfung 404—406.
—, Krankenbewegung im Lager Dume 401.
—, Übersichten 397, 398.
c) Togo 449—455.
—, Behandlung 451—455.
—, Übersichten 450, 451—454.
Schlangenbisse 207, 653, 655, 671.
Schmeißfliegen 59.
Schmierkur 200, 204.
Schulen 178.
Schutzpockenimpfung 114, 164, 376 (s. auch Impfung).
Schwachsichtigkeit als Chininwirkung 192, 193.
Schwarzwasserfieber 83, 87, 88, 138, 143, 154, 175, 176, 189—194, 225, 382 bis 384, 499, 514, 630, 643, 644.
—, Statistik 84, 85.
—, Vortäuschung 191.
Schwächegefühl 192.
Schwesternheim Kidugala 157.

St.

Staphylokokken 408, 648.
Starrkrampf 137, 145, 201.
Staureservoir 104.
Stauweiher 54.
Stechmücken 52, 53, 59, 76, 147, 446.
Stimmritzenkrampf 444.
Stomatitis mercurialis 207, 210, 211.
Streptothrichosis 613.
Streptothrix Madurae 204.
Strongyloides stercoralis 109, 118.
Strongyloidosis 144.
Strophulus 521.
Stupor 407.

T.

Tabora 54, 65, 78, 93, 112, 114, 116, 151.
Taenia saginata 150, 412.
Taenia solium 412.
Tanga 1, 3, 13, 17, 19, 25, 33, 41, 50, 56, 69, 74, 76, 79, 85, 86, 110, 114, 137, 162, 170, 192.
Tanganyka 97.
Tendaguru 104.
Tetanus 201.
Thymolkur 101, 102, 103, 104, 106, 109, 412, 438, 524.
Tinea imbricata 522.
Todesfälle, Statistik 283, 472, 473, 533.
Todesursachen, Nachweisung der bei der Leichenschau ermittelten 288.
—, gewaltsame 207.
—, bei Obduktionen in Kamerun festgestellt 363.
Toma, Erholungsheim in T. 481.
Tosamaganga 63.
Totenschau s. Leichenschau.
Trägerfürsorge 159.
Trägerlohn 159.
Trichocephalus trichiuris 109, 118, 144, 412.
Tripper 117, 144, 145, 150, 655, 676 (s. auch Geschlechtskrankheiten).
Trockenlymphe 121.
Tropenschwellung 648.
Trypanocid II 399.
Trypanosoma gambiense 99.
Trypanosomiasis s. Schlafkrankheit.
Tschiwitoke 8.
Tschole 139.
Tsetsefliege 51.
Tuberkulose 115, 116, 137, 145, 146, 151, 228, 317, 363, 384, 497, 568, 613, 629, 635, 652, 670.
Tuberkulose der Knochen 515.
Tumor 636.
Tundulu 93.
Tunduru 105, 115, 116.
Typhus 109, 110, 122, 144, 154, 226, 363, 441, 613, 629, 644, 645, 650, 666 (s. auch Unterleibstyphus).
Typhus abdominalis 122, 377, 597.

U.

Ubena 38, 158.
Udjidji 16, 19, 23, 31, 40, 48, 55, 66, 73, 74, 76, 94, 112, 146, 168.
Ugogosteppe 65, 91.
Ukerewe 96.
Uluguruberge 15.
Umbugwe 28.
Umbulu 28.
Unterkunft:
a) in Deutsch-Ostafrika 13—19, 631 bis 633,
1. der Europäer 13—17, 631—633,
2. der Farbigen 17—19, 633;
b) in Kamerun 342—346, 640;
c) in Togo 428, 439;
d) in Neu-Guinea 484;
e) in Angaur 604;
f) in Südwestafrika 660.
Unterkunft der Träger 159.
Unterleibstyphus 137, 141, 148, 198, 199, 641 (s. auch Typhus).
Unterschenkelgeschwüre 144, 146, 148, 149, 152, 426, 522, 574.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Untersuchung, ärztliche, der Schulkinder 178.
—, Tabelle 178, 180.
Untersuchungen im chemischen Laboratorium Daressalam 124, 125.
— über die physische Leistungsfähigkeit einiger Eingeborenenstämme 126 bis 134.
Upangwaberge 115, 140.
Upogoroberge 23, 91.
Urambi 10, 146.
Uranin 381, 383, 400.
Urin, blutiger 191.
Urundibergland 66.
Ussa (Bach) 52, 87.
Usumbura 8, 16, 19, 24, 32, 40, 48, 55, 66, 73, 74, 76, 94, 111, 113, 147, 161, 164, 169, 173.
Utschungweberge 63.
Uzara s. Liquor Uzara.

V.

Variolois 200, 375.
Venerische Erkrankungen s. Geschlechtskrankheiten.
Verdauungsstörungen 174.
Vergiftung 515.
Verordnungen sanitätspolizeilicher Natur 75, 76, 81, 125, 177, 492.
Verpflegung in Deutsch-Ostafrika 19 bis 33, 633, Kamerun 346—350, 641, Togo 428, Neu-Guinea 486—488, Ponape 583, Angaur 604, Südwestafrika 661.
Versuchsfelder 50.
Versuchsstation, landwirtschaftliche, in Kibongoto 90.
Victoria 360.
Victoriasee 96.
Virulenz der Lymphe 77, 78.

W.

Waburungi 71.
Wadschagga 70, 87, 88.
Wafiome 71.
Wagogo 40, 71, 72.
Waheia 149.
Wahehe 29.
Wahutu 148, 149.
Wakugangamala (Bezeichnung für Genickstarre) 113.
Wamagati 71.
Wambuyu 101.
Wameru 36, 71.
Wanjaruanda 149.
Warangi 71.
Warmbad 656.
Warundi 32.
Waruscha 36, 71.
Wasserbrüche 223.
Wasserleitungen 351.
Wassersucht 122.
Wasservergiftung 663.
Wasserversorgung in Deutsch-Ostafrika 33, 634, Kamerun 350, 641, Togo 428, 439, Neu-Guinea 488, Jap 562, Ponape 585, Angaur 604, Apia 611, Südwestafrika 662.
Wassi 71.
Wasuaheli 180.
Watussi 32, 148.
Wechselfieber 94.
Widal 122.
Widalsche Reaktion 198, 199, 667.
Wiedhafen 115.
Wilhelmstal 3, 13, 17, 19, 24, 33, 41, 56, 69, 109, 136, 159, 161, 165, 170.
Windhuk 650.
Windpocken 114, 137, 377, 447.
Winkelmannsche Methode 223.
Wirbelsäule, Verkrümmung der W. 201.
Witterungsverhältnisse
a) in Deutsch-Ostafrika: Amani 56, Bagamoyo 56, Daressalam 57—59, Iringa 62, Kidugala 63, 157, Kondoa-Irangi 62, Kilwa 59, Lindi 60, Mahenge 63, Mohoro 59, Morogoro 7, Moschi 61, Mpapua 61, Pangani 56, Wilhelmstal 56;
b) in Kamerun 358—360, 639;
c) in Südwestafrika 656.
Wohnungsverhältnisse s. Unterkunft.
Wugiri (Sanatorium) 175.
Wurmkrankheit 43, 44, 45, 47, 50, 56, 59, 65, 100—109, 137, 140—142, 144, 147, 150, 177, 318, 363, 412, 441, 447, 498, 524, 575, 589, 613, 629, 648.
—, Leitsätze zur Bekämpfung der W. 106, 107.
—, Merkblatt 595.

Z.

Zahnerkrankungen 654.
Zanzibar 80, 81, 83.
Zellgewebsentzündungen 144.
Zystische Geschwülste 516.

Reichsdruckerei. Berlin.
291. 15. C.

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 1. Sanierungsarbeiten am Luegere, südlich von Udjidji, Kungwebucht, Tanganikasee.
(Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 2. Sanierungsarbeiten am Luegere, südlich von Udjidji, Kungwebucht, Tanganikasee.
(Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

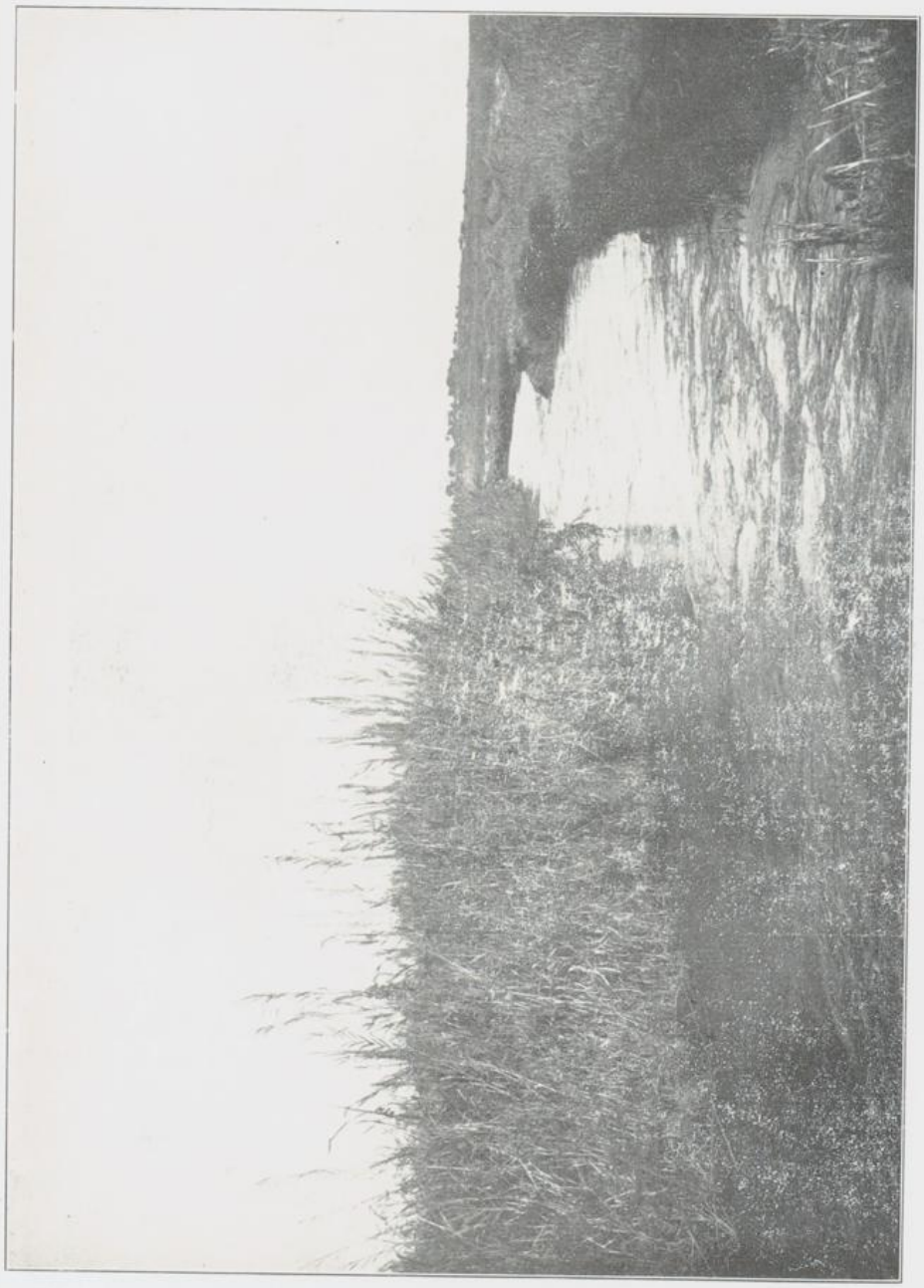


Bild 3. Der Luaba nördlich des Schlafkrankenlagers Niansa.
Das linke Ufer des Luaba ist saniert. Im Hintergrunde sieht man das Schlafkrankenlager Niansa, Tanganikasee.
(Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 3. Der Luaba nördlich des Schlafkrankenlagers Niansa.
Das linke Ufer des Luaba ist saniert. Im Hintergrunde sieht man das Schlafkrankenlager Niansa, Tanganikasee.
(Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 4. Tanganikasee. Steilküste nördlich von Udjidji zwischen den Schlafkrankenlagern Niansa und Kiguena.
(Zu S. 97/98.)



Bild 4. Tanganikasee. Steilküste nördlich von Udjidji zwischen den Schlafkrankenlagern Niansa und Kiguena.
(Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

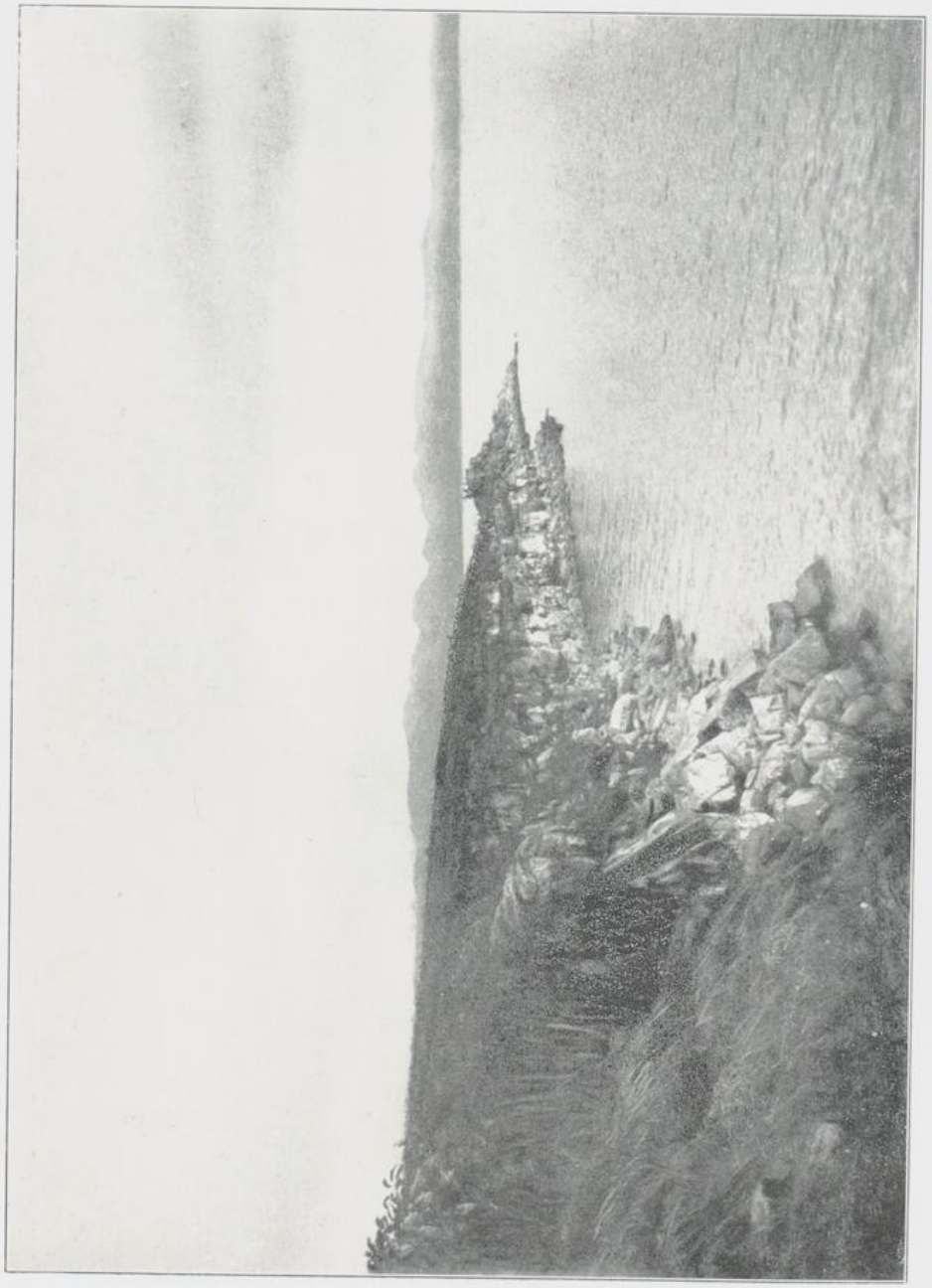


Bild 5. Sanierte Steilküste bei Niansa am Tanganikasee. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 5. Sanierte Steilküste bei Niansa am Tanganikasee. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 6. Sanierungsarbeiten beim Schlafkrankenlager Kiguena am Tanganikasee. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG



Bild 6. Sanierungsarbeiten beim Schlafkrankenlager Kigoma am Tanganikasee. (Zu S. 25/26.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

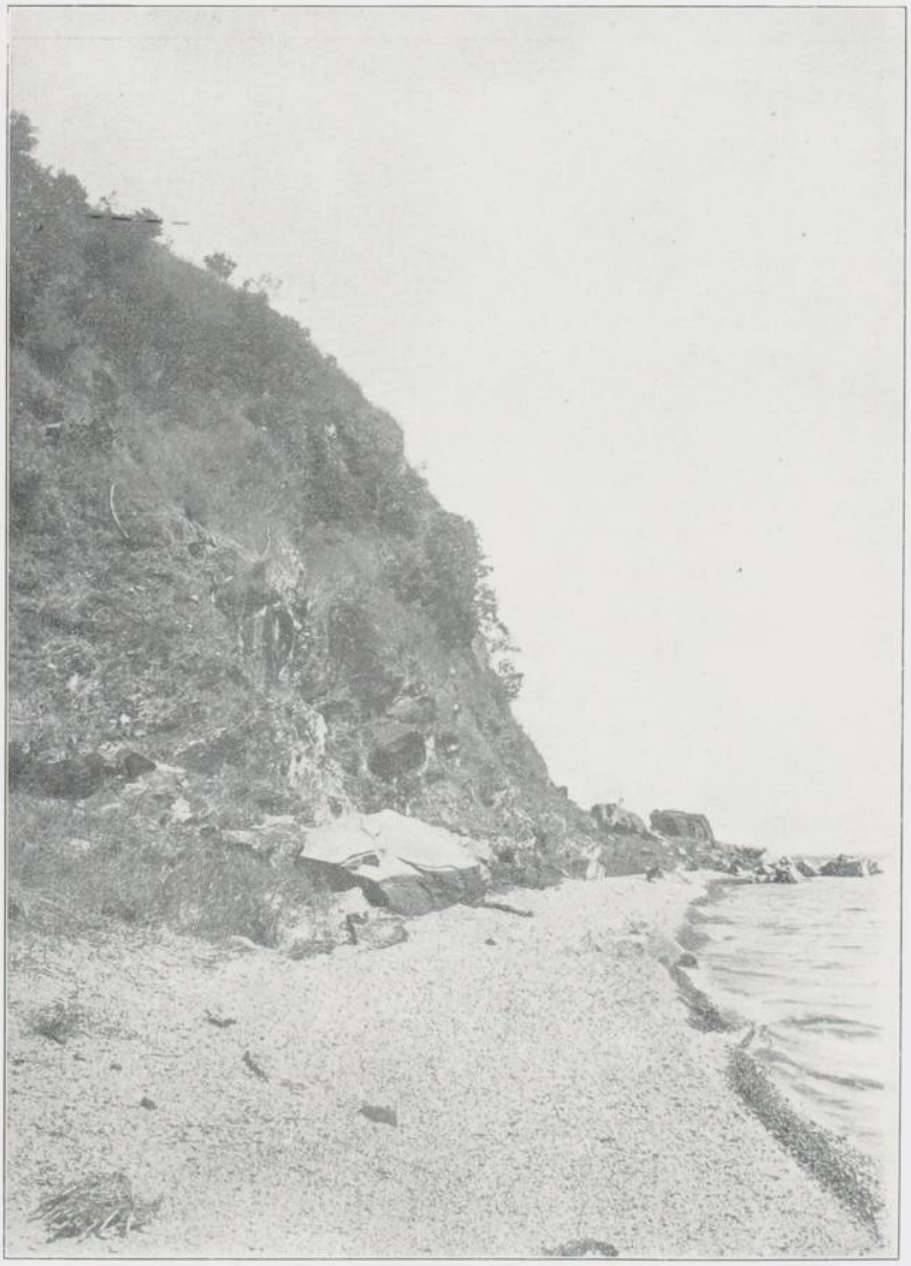


Bild 7. Steilküste bei Kigoma nördlich von Udjidji, dem Endpunkte der Bahn Tabora–Tanganikasee. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 8. Der Hafen von Kigoma am Tanganikasee. Die Küste ist saniert. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG



Bild 8. Der Hafen von Kigoma am Tanganikasee. Die Küste ist saniert. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

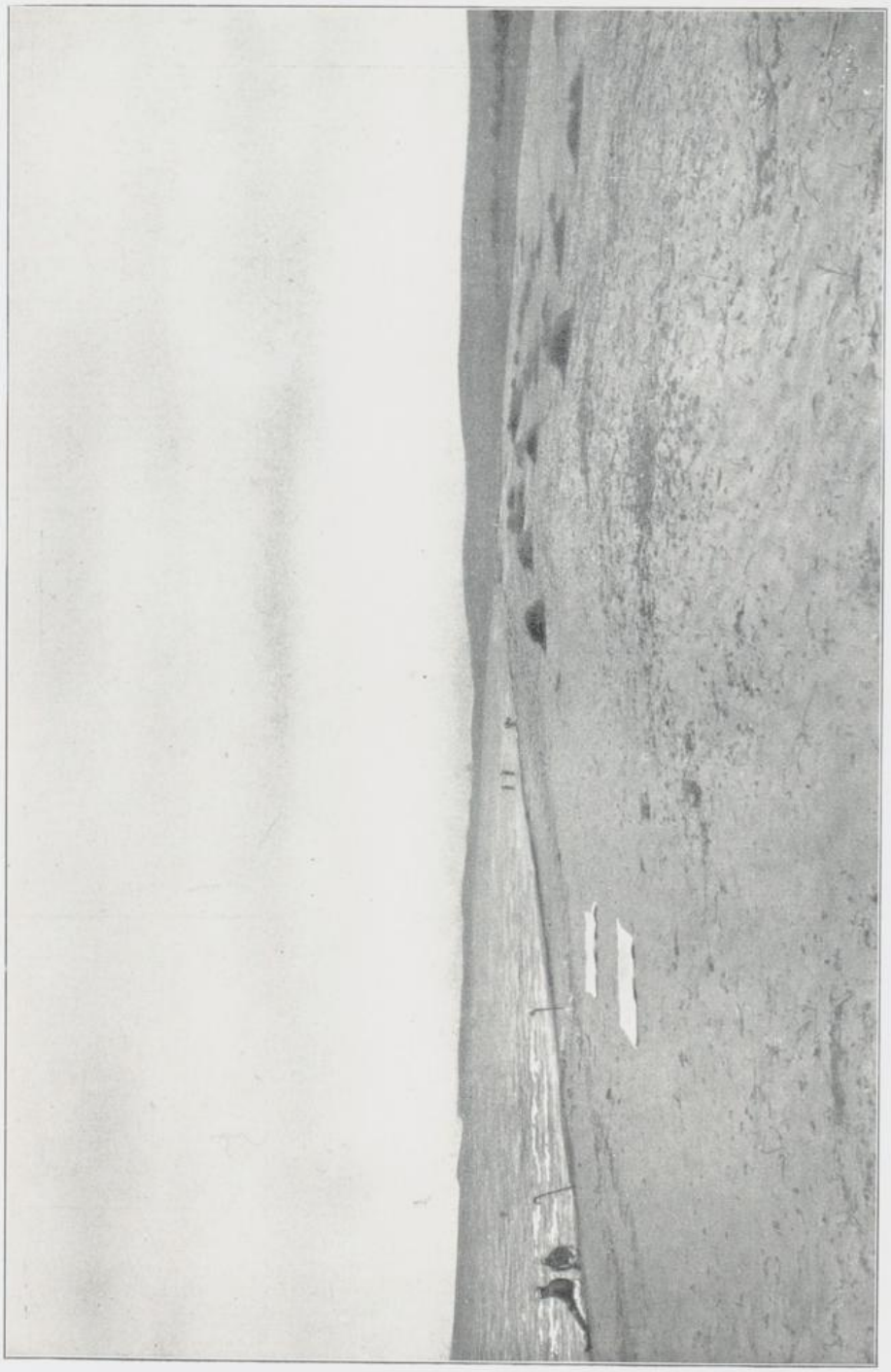


Bild 9. Tanganikasee. Hafen von Udjidji. Der Strand ist saniert. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 9. Tanganikasee. Hafen von Udjidji. Der Strand ist saniert. (Zu S. 97/98.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

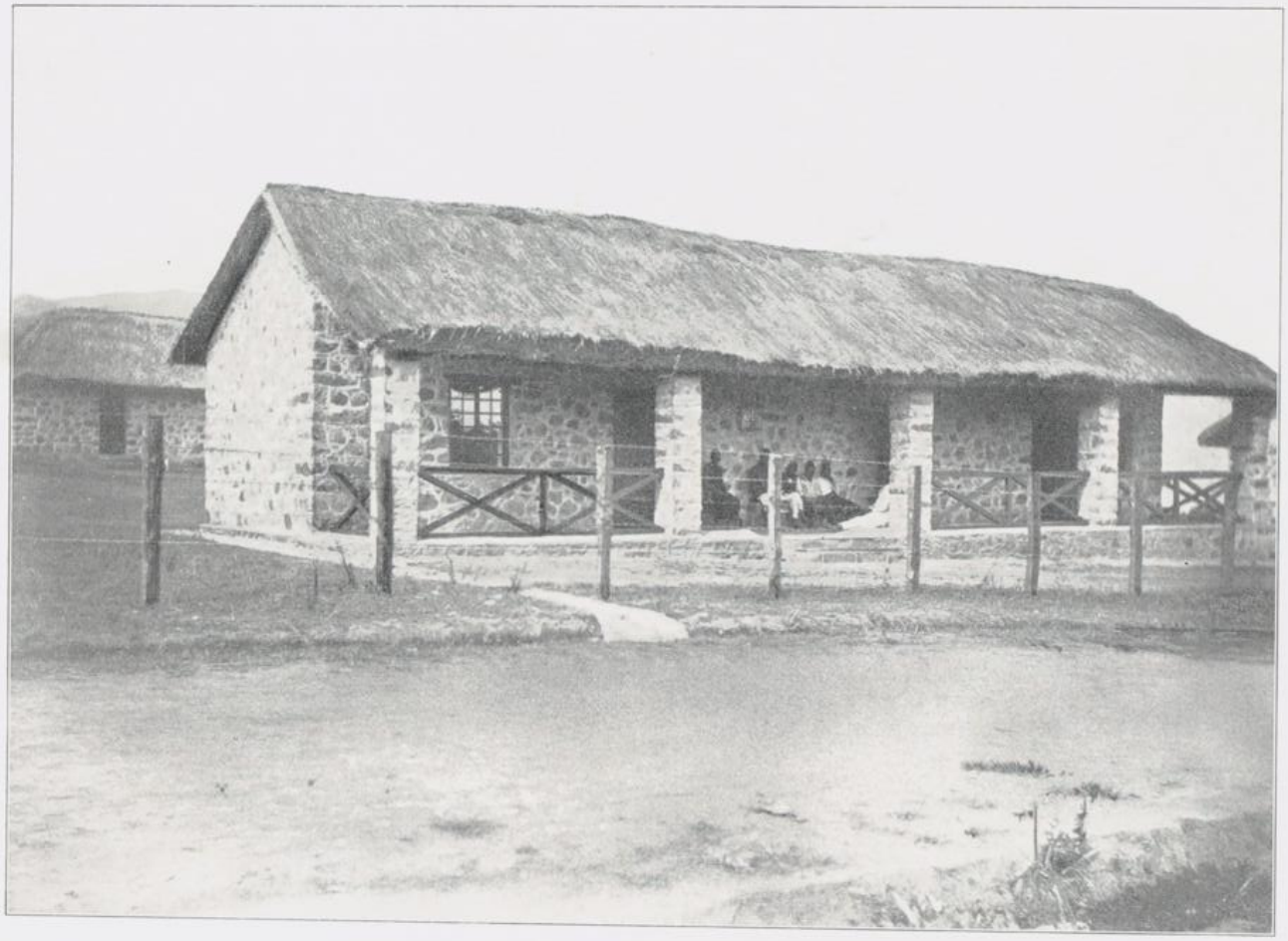


Bild 10. Eingeborenenhospital in Massoko. (Zu S. 8.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG



Bild 10. Eingeborenenhospital in Massoko. (Zu S. 8.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

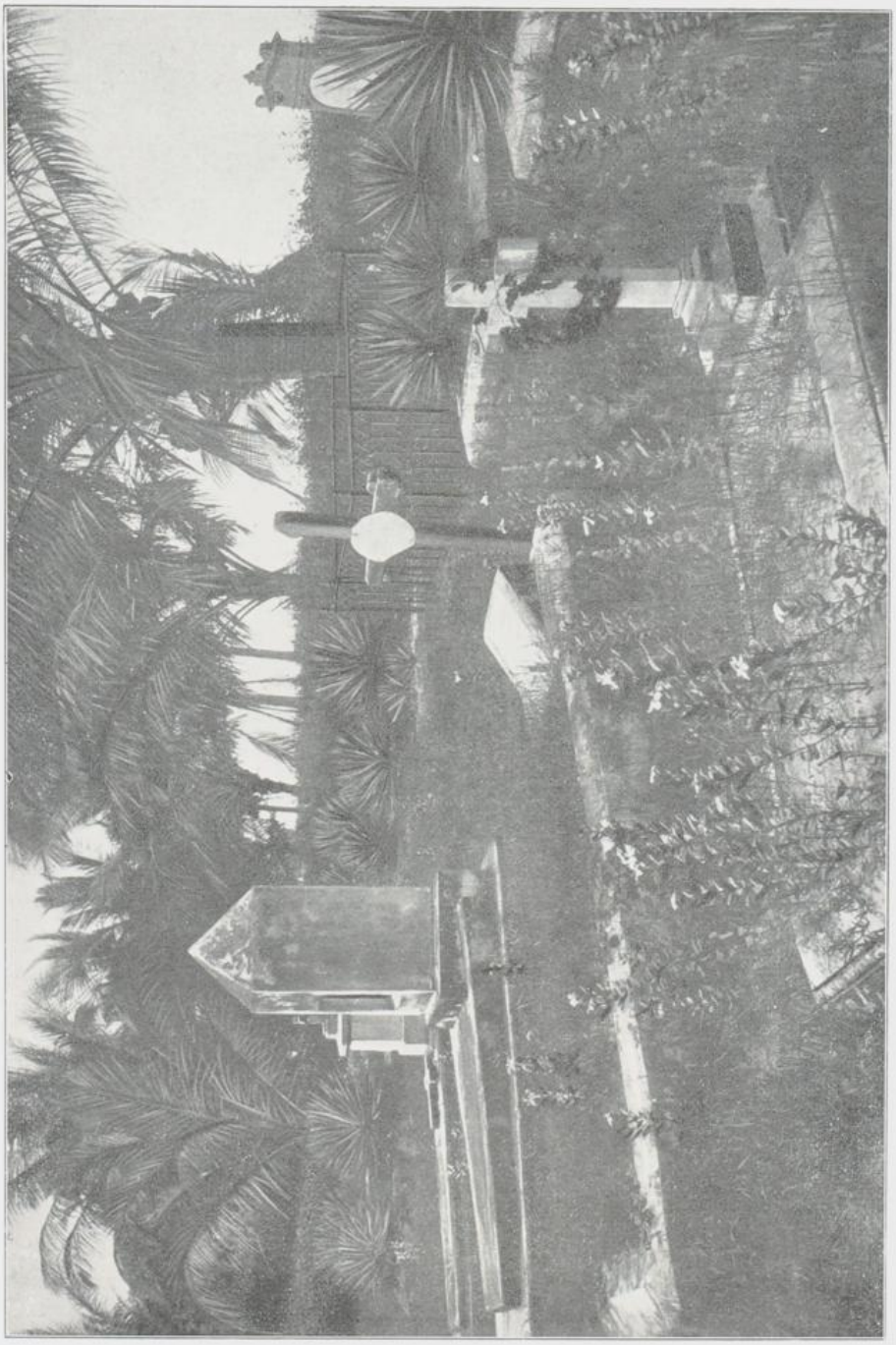


Bild 11. Friedhof für Europäer in Bagamoyo. (Zu S. 69.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

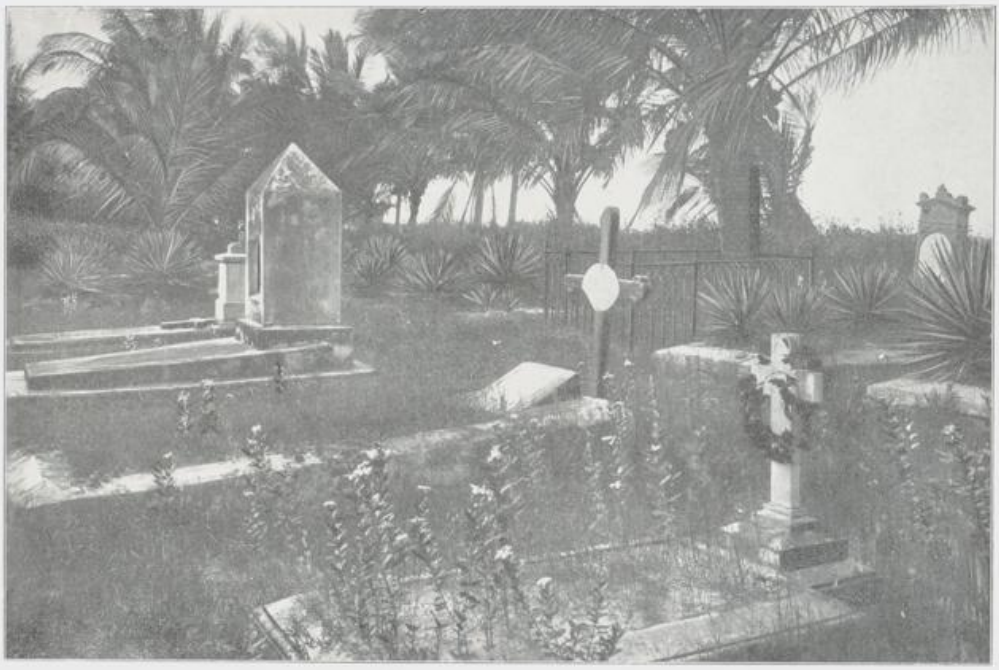


Bild 11. Friedhof für Europäer in Bagamoyo. (Zu S. 69.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Bild 12. Friedhof für Eingeborene in Pangani. (Zu S. 69.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen
DFG



Bild 12. Friedhof für Eingeborene in Pangani. (Zu S. 69.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

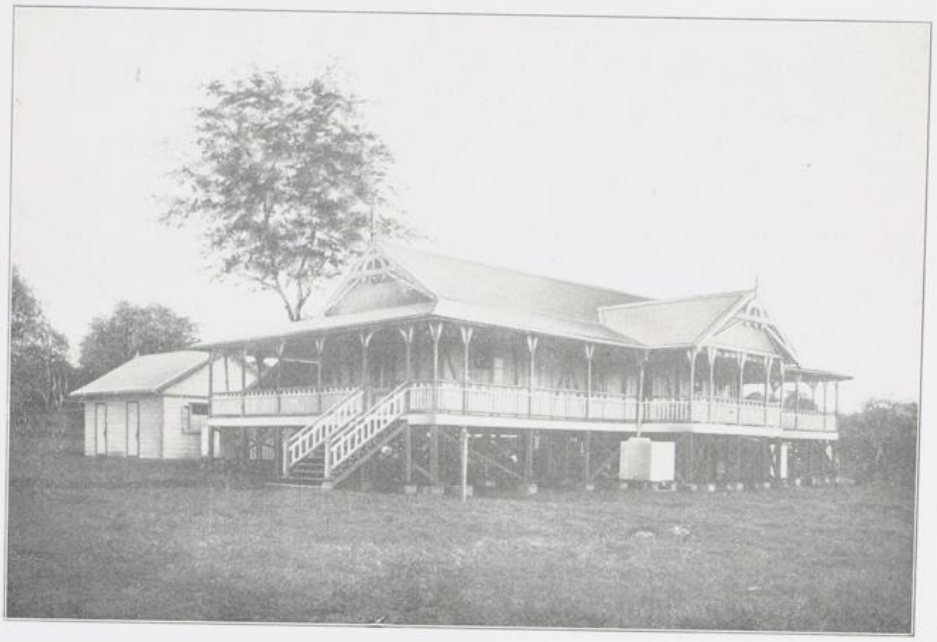


Das alte Eingeborenenkrankenhaus in Namatanai. (Zu S. 483.)



Das neue Eingeborenenkrankenhaus in Namatanai. (Zu S. 482.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG



Arzthaus in Namatanai. (Zu S. 485.)

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG

Staats- und
Universitätsbibliothek Bremen
DFG

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen

IX.c.6190

nal-Berichte über die Deutschen Schutzgebiete 1911/12

FG
0600
-1911/
1912

Staats- und Universitätsbibliothek Bremen DFG