

Originalarbeiten.

XX. Die Lepra im Kreise Memel.

Von

Dr. A. BLASCHKO.

(Hierzu 5 Abbildungen und Taf. XVI—XVII.)

Ich habe mich im Frühjahr dieses Jahres einige Wochen im Kreise Memel aufgehalten, um die dortige Lepraepidemie, ihre Ausbreitung und Entstehungsweise zu studieren. Ueber die Ergebnisse meiner Reise habe ich — soweit die epidemiologische Seite der Frage in Betracht kam — der Berliner Med. Gesellsch. am 29. April d. J. einen kurzen Bericht erstattet.¹⁾ In folgendem gebe ich eine etwas ausführlichere Zusammenstellung des von mir gesammelten Materials, welches ich neuerdings noch nach verschiedenen Richtungen hin erweitern konnte.

Eine solche ausführlichere Darlegung erschien mir nötig, nicht nur, um späteren Nachuntersuchern einen Ausgangspunkt für weitere Beobachtungen zu geben, sondern auch weil das bis jetzt vorliegende Material — trotz seines glücklicherweise noch geringen Umfanges — eine reiche Fülle von Details aufweist, welche in klinischer und ätiologischer Beziehung einige Aufmerksamkeit verdienen. Auch glaubte ich, dass den Lesern dieser Zeitschrift, deren Interesse an der Lepra durch die schönen Arbeiten von Lassar, Münch, Dehio und Ehlers neuerdings so vielseitig angeregt worden ist, daran liegen würde, auch einmal die Lepra, wie sie sich auf deutschem Boden entwickelt hat, kennen zu lernen.

I. Historisches.

Asien, die Wiege des Menschengeschlechtes, ist, wie es scheint auch die Wiege aller grossen Seuchen, von denen die Menschheit heimgesucht wurde. Das gilt auch vom Aussatz: Von Asien ist

¹⁾ Die Lepra im Kreise Memel. Von Dr. A. Blaschko. Berlin. klin. Wochschr. 1896. No. 20 u. 21.

er schon einmal, gegen Beginn unserer Zeitrechnung, nach Europa verschleppt worden und von dort dringt er ein zweites Mal im 19. Jahrhundert langsam westwärts nach Europa vor.

Dass es im Abendland schon vor den Kreuzzügen Lepra gegeben hat, kann keinem Zweifel unterliegen. Die Nachrichten der Chronisten gehen, wie Haeser¹⁾ hervorhebt, bis in das 4. Jahrhundert n. Chr. zurück. Zur Zeit Gregors von Tours (560) gab es in Frankreich schon Aussatzhäuser; im Anfang des siebenten Jahrhunderts befahl der longobardische König Rothari die Absonderung der Leprösen; unter Pipin (757) galt der Aussatz schon als gesetzlicher Ehescheidungsgrund.

Eine ausgedehntere Verbreitung namentlich in Deutschland begann jedoch erst im 11. Jahrhundert mit den Kreuzzügen. Schon im Orient war der Aussatz unter den Kreuzfahrern so stark verbreitet, dass daselbst besondere Anstalten für Lepröse errichtet werden mussten; und die heimkehrenden Kreuzfahrer trugen die Krankheit massenhaft in ihre Heimat. Und es trug zur Verbreitung der Seuche nicht wenig bei, dass man anfangs derselben nicht den Abscheu entgegenbrachte, wie in späterer Zeit, sondern in der Pflege der Kranken ein besonders gottgefälliges Werk sah. Wurde doch zu diesem Zwecke — wahrscheinlich noch im 11. Jahrhundert — der Ritterorden des heiligen Lazarus gegründet. Wie dann im Laufe der nächsten Jahrhunderte der Aussatz immer weiter und weiter zunahm und jede Stadt, jeden Flecken Deutschlands heimsuchte, wie allerorten zur Abwehr der Krankheit Siechenhäuser, St. Georgs- und Jakobshospitäler errichtet wurden, wie mit der zunehmenden Zahl der Kranken der Abscheu der Bevölkerung stieg und schliesslich dazu führte, dass das Loos der unglücklichen Opfer sich immer entsetzlicher gestaltete — alles das brauche ich den Lesern dieser Zeitschrift, denen Virchow's²⁾ klassische Schilderungen jener Epoche ja bekannt sind, nicht ausführlich auseinanderzusetzen.

Aber diese grausame Härte, die strenge Scheidung der Aussätzigen von der menschlichen Gesellschaft hatte zu einer Zeit — wo man sonst von Hygiene und Krankheitsprophylaxe nichts wusste — den Vorteil, die Macht der Seuche zu brechen und es dahin zu bringen, dass dieselbe, die noch im 13. und 14. Jahrhundert ganz Deutschland wie ein Riesennetz umspannte, schon im 15. Jahrhundert allmählich abnahm und zu Beginn des 16. schon eine seltene Krankheit wurde. Aus jener Zeit (1516) stammt das bekannte Aussatzbild des jüngeren Holbein, die heilige Elisabeth darstellend, wie sie, von der Wartburg herabschreitend, eine Gruppe von Aussätzigen mit Speise und Trank erquickt. Das Bild, welches 1860 von Virchow in der Münchener alten Pinakothek „entdeckt“ wurde, stammt aus einem Augsburger Kloster, und die Insassen des Augsburger Aussatzhauses haben dem grossen Künstler offenbar Modell gesessen.

¹⁾ Haeser. Geschichte d. Medicin. Jena 1882. Bd. 3, pg. 76.

²⁾ R. Virchow, Zur Geschichte des Aussatzes u. der Spitäler, besonders in Deutschland. Berlin 1861.

Am längsten hielt sich in Deutschland der Aussatz am Niederrhein, stellenweise sogar noch bis ins 18. Jahrhundert! In Melaten bei Köln ergab freilich 1712 die ärztliche Untersuchung im dortigen Siechenhause, dass unter 4 Männern kaum einer, unter 5 Weibern nur eine aussätzige Kranke, die Uebrigen aber „geheilt“ waren. Aber noch 1759 (!) finden sich aus dem Churfürstentum Trier Verordnungen über den Aussatz, welche das Fortbestehen desselben voraussetzen und genaue Vorschriften über die ärztliche Untersuchung der Aufzunehmenden, ihr Verhalten in der Anstalt etc. enthalten.¹⁾ Auch in Antwerpen gab es 1777 noch eine officielle Aussatzschau — ob es sich aber da noch um echte Lepra gehandelt hat, erscheint bei den geringen Kenntnissen, welche die Aerzte jener Epoche von Lepra hatten, mehr als fraglich.²⁾

Soviel kann man aber sagen, dass etwa 3 Jahrhunderte hindurch Deutschland so gut wie frei von der Lepra gewesen ist. Und ähnlich wie in Deutschland lagen die Dinge in Frankreich und England, wo seit der Reformation der Aussatz eine unbekannte Krankheit war — desgleichen in Italien, wo schon 1490 Papst Junocenz VIII. den Orden der Lazaristen aufheben konnte.

Nur an 2 Stellen hielt sich in Europa der Aussatz in den letzten Jahrhunderten in unveränderter Stärke — an der Westküste Norwegens und im griechischen Archipel. Und diese beiden Gegenden scheinen der Ausgangspunkt einer neuen Europa bedrohenden Leprainvasion werden zu sollen.

Auf den Inseln des griechischen Archipels, ebenso wie an der Küste Kleinasiens hat sich die Lepra offenbar seit dem Mittelalter continuierlich von Geschlecht zu Geschlecht fort gepflanzt, hier grössere, dort kleinere Herde bildend, von einem Punkt nach dem anderen verschleppt, bald mit grösserer, bald mit geringerer

¹⁾ Scotti, Sammlg. d. Gesetze u. Verordngn. im vormal. Churfürstenthum Trier. Düsseldorf 1852, I, cit. nach Virchow.

²⁾ Der Begriff Aussatz wurde eben — wissenschaftlich und unwissenschaftlich — viel weiter gefasst und auf fast alle Hautkrankheiten ausgedehnt. Greg. Horst, der Ende des 16. Jahrhundert zu Ulm die Aussätzigen zu untersuchen hatte, gesteht zu, dass „wenn die Taberkeln des Geichts, die dicken Lippen, die zugespitzten Ohren, die abgeflachte Nase, die runden Augen nicht vorhanden waren, wenn die Pat. aber nur mit einer trockenen und fauligen Scabies, mit pustulösen Ansschlägen, Rissen und kleinen Exfoliationen, welche die Psora der Griechen ausmache, oder selbst mit starkem Jucken, Abmagerung, Ulcerationen und Exfoliationen von dicken Schuppen, welches die Psora der Griechen ist, behaftet waren, dass sie dessen ungeachtet, wenn sie arm waren, ihres Lebensunterhaltes wegen in die Lazarethe geschickt wurden. Daher kommt es, dass hier und anderswo sehr wenige Beispiele wirklicher Elephantiasis in den Lazaretten gefunden werden, während viele sich darin befinden, die nur an einer hartnäckigen Psora oder Lepra Graecorum leiden.“ (Horst, Obs. medic. Lib. VII, obs. XVIII.) Forestus, der ebenfalls im 16. Jahrhundert ein ähnliches Amt zu Alkmaer-Delft inne hatte, sagt, dass unter den sogenannten Aussätzigen in den Niederlanden die meisten an Scabies u. s. w. litten, ja, meint er, nicht einer unter zehn ist wirklich aussätzig; oder mit der echten Elephantiasis behaftet.“

Dieselbe Bemerkung macht Riedlin in betreff der in das Aussatzhospital zu Wien aufgenommenen Kranken (Riedlin, Lineae med. Vol. III. anno 1697.)

Siehe Bateman, Hautkrankheiten, 1835, pg. 351.

Intensität auftretend. Zambaco Pascha, welcher längere Zeit den Archipel bereist hat, hat das grosse Verdienst, durch sein Buch¹⁾ zum ersten Male die Aufmerksamkeit der medicinischen Welt auf die Aussätzigen jener Gegenden gelenkt zu haben. Bilden doch die Schilderungen, die er entwarf, und die Theorien, die er im Anschluss an dieselben entwickelte, den Ausgangspunkt zahlreicher, für den Fortschritt unserer Erkenntnis wahrlich nicht unfruchtbaren Diskussionen. — Von den Inseln des griechischen Archipels zieht sich nun die Lepra in einer continuierlichen Kette über Kreta und Malta im Norden, Tunis, Algier und Marocco im Süden bis an die westlichen Grenzen des Mittelmeers, in Südspanien namentlich Andalusien und Granada befallend — in Portugal die Distrikte Lafoes und Nieder-Beira.

Aber auch an der Riviera und in der Provence finden sich nicht wenige Lepranester; in den Seitenteilen der Seealpen hat Köbner deren mehrere gefunden.²⁾ Ob diese spanischen und französischen Herde Reste der mittelalterlichen Lepra darstellen, oder ob sie auf dem Wege des Mittelmeerhandels dorthin verschleppt wurde, ist schwer zu sagen; möglich, dass beide Momente mitsprechen. Soviel ist sicher, dass eine Verschleppung durch spanische, französische und italienische Matrosen, die nach jahrelangem Dienst in der Levante sich in der Heimat häuslich niederlassen, sehr nahe liegt.

Ein zweiter Weg führte die Lepra von Kleinasien und dem Kaukasus nach den nördlichen Gestaden des schwarzen Meeres, der Krim und den Gegenden der Don- und Wolgamündung. Hier war sie schon zu Anfang dieses Jahrhunderts sehr stark verbreitet. Pallas erwähnt eine hierher gehörige Krankheit, welche die Truppen, die gegen Persien gefochten hatten, aus der Krim mitbrachten. Die Kosaken vom Jaik behaupten, sie hätten dieselbe von einem Detachement aus Astrachan geerbt.³⁾ 1827 hat dann Martius⁴⁾ ausführlich über die Lepra auf der Krimm und in Astrachan berichtet. Langsam wandelte sie auf der grossen Handelsstrasse Süd-Russlands — der Wolga — nordwärts und hat jetzt, wie wir durch die sorgfältigen Nachforschungen Münchs wissen, fast alle südlichen Gouvernements Russlands ergriffen.

Welches der livländischen Lepra ist, können wir nicht mit Sicherheit angeben. Möglich, dass auch sie einen Ueberrest aus dem Mittelalter darstellt, was bei den dortigen ungünstigen hygienischen Verhältnissen leicht denkbar ist. Näher liegt es, an eine Einschleppung von Norwegen aus über Finnland zu denken, welches im steten Handelsverkehr mit den russisch-baltischen Häfen, namentlich Riga und Reval, gestanden hat. Auch

¹⁾ Zambaco Pascha, *Voyages chez les Lepreux* Paris 1887.

²⁾ Auch hier ist die Lepra älteren Datums. 1830 hat Fuchs (Die krankhaften Verändern. der Haut, Gött. 1840, p. 668) die Lepra außer in Spanien (Catalonien, Taragona, Reus) ziemlich zahlreiche Fälle an verschiedenen Punkten der Nordwestküste des Mittelmeers, nicht nur zu Martigues und Vitrolles, sondern auch in Roussillon und Languedoc und in der Gegend von Nizza und Genoa gefunden.

³⁾ Alibert, *Hautkrankheiten*. Deutsche Ausg. Leipzig 1837. Bd. 2, p. 164.

⁴⁾ Martius, *de Lepra taurica*. Novocomi 1827.

hier ist die Krankheit, wenn nicht früher, so mindestens zu Beginn dieses Jahrhunderts vorhanden gewesen, wenn auch die Beschreibungen derselben durch Struve und seine Schüler aus den zwanziger Jahren später mit Recht als unwissenschaftlich und unklar verworfen wurden. Aber die Zahl der Kranken wäre nicht schon zu Anfang der sechziger Jahre so erheblich gewesen, wenn die Seuche dort nicht schon längere Zeit ihren Sitz aufgeschlagen hätte.

Und von Livland aus dringt sie, wie Petersen gezeigt hat, seit 3 Jahrzehnten langsam, aber unaufgehalten auf allen Verkehrswegen weiter, ins Innere Russlands, sowie nach Kurland im Süden, Esthland und Ingermannland im Norden, ein Gouvernement nach dem andern, einen Kreis nach dem andern befallend, sodass nur noch wenige Distrikte im Innern Russlands völlig leprafrei sind.

Während so Europa im Norden, Süden und Osten wieder allmälig von der Lepra in Besitz genommen wurde, schien in Central-europa nicht nur die Krankheit selbst, sondern auch die Kenntnis von derselben völlig erloschen zu sein. Durchliest man die Handbücher der Medicin, die Lehrbücher der Hautkrankheiten aus der ersten Hälfte des Jahrhunderts, so erstaunt man, wie es möglich war, dass die Fähigkeit, die Psoriasis vulgaris von der echten Lepra zu trennen, so völlig verloren gehen konnte; erst das Buch von Danielssen und Boeck brachte mit einem Schlag Klarheit und erweckte von Neuem das Interesse der Aerzte an der vergessenen Krankheit. Man pilgerte nach Norwegen, um dort die Spedalskhed kennen zu lernen; und deutsche Forscher, wie Virchow und Neisser haben dort der Wissenschaft reiche Früchte geerntet. Neuerdings hat die Entdeckung der Leprabacillen und der mächtige Aufschwung der Dermatologie allerorten das Interesse namentlich der Dermatologen an der Lepra neubelebt: Arning hat durch seine Studien auf den Sandwichs-Inseln unsere Kenntnisse von der Krankheit wesentlich gefördert, die Publikationen von Hansen, Leloir und Zambaco Pascha haben immer neue Gesichtspunkte für die Beurteilung und für das Verständnis der vielfältigen Erkrankung herangezogen.

Und während wir in Deutschland immer noch gewohnt waren, die Lepra als eine exotische Krankheit zu betrachten, war dieselbe vor mehr denn 20 Jahren unbemerkt über die Ostgrenze des Reiches geschritten und hatte sich in dem äussersten Nordostwinkel desselben eingenistet. War auch die Zahl der dort bekannt gewordenen Krankheitsfälle eine nur geringe, so war es doch immerhin ein Herd innerhalb der Grenzen des Deutschen Reiches und beanspruchte als solcher ein ganz besonderes Interesse, umso mehr, als von Abwehrmassregeln gegen die Krankheit bisher nichts verlautete.

Wie lange es dauert, bis es gelingt, die öffentliche Aufmerksamkeit auf eine hygienisch wichtige Thatsache zu lenken, wie häufig wiederholter Anstösse es bedarf, um das Interesse der Bevölkerung für die Inangriffnahme notwendiger Reformen zu erwecken und den schwerfällig arbeitenden Apparat der Regierungsmaschinerie

in Gang zu setzen, dafür ist die Memeler Epidemie ein sprechendes Beispiel.

Im Jahre 1884 behandelt Dr. Fürst in Memel einen jungen Mann, Namens Schleppkau aus der Vorstadt Memels, Sandwehr, an einer schweren Ophthalmie. Wie er mir mitteilte, kommt nicht er, sondern ein anderer dortiger College, Dr. Unger, der den Pat. mitbehandelt, zuerst auf die Vermutung, es könne sich um Lepra handeln. Einmal ausgesprochen, war der Verdacht auch schon bei der näheren Untersuchung des Kranken, der eine ausgeprägte und weit vorgesetzte Form der tuberosen Lepra darbot, zur Gewissheit geworden. Der Kranke wurde nach Königsberg auf die dortige Augenklinik geschickt, ebenso bald darauf sein jüngerer Bruder, der schon 2 Jahre früher erkrankt war. Beide Pat. wurden in den Königsberger Kliniken wiederholt vorgestellt und haben auch die Unterlage für die in der Geschichte der Lepraforschung wohlbekannten Arbeiten von Damsch, Vossius, Melcher und Ortmann abgegeben. Am 22. Februar 1885, wo die Kranken im Verein f. wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg vorgestellt wurden, richtete Michelson die „dringliche Aufforderung an die Organe der öffentlichen Gesundheitspflege, zu untersuchen, ob nicht noch mehr bisher unerkannt gebliebene Fälle von Lepra in den östlichen Bezirken der Provinz existieren, und für die Isolierung Sorge zu tragen.“

Aber dieser Appell verhallte ungehört. Obwohl die Aerzte des Memeler Kreises in der Folge noch mehrere Fälle zu Gesicht bekamen, vergingen 7 Jahre, bis sich jemand des vergessenen Lepraherde erinnerte. Auf dem letzten (2.) internationalen Dermatologen-Congress zu Wien 1892, lenkte Arning¹⁾ die Aufmerksamkeit der Fachcollegen auf die dortige Epidemie, über die er bei dem damaligen Physikus Dr. L. Rosenthal Informationen eingeholt hatte.

Aber diese Mittheilungen Rosenthals waren aus der Erinnerung geschrieben und beruhten in Bezug auf die Zahl der Fälle nur auf ungefährer Schätzung, auf dem, was R. von den Collegen des Kreises gelegentlich erfahren hatte.

Den ersten authentischen Bericht aus dem Kreise verdanken wir dem dortigen Arzte Dr. Pindikowski, welcher zum ersten Male sich die Mühe nahm, sämtliche Kranke, soweit angängig, aufzusuchen und zu untersuchen. Er konstatierte 9 lebende und 4 schon verstorbene Fälle und betonte mit Recht, dass es hohe Zeit sei, „das die Verwaltungsbehörden ihre Aufmerksamkeit der hiesigen Lepraepidemie zuwenden, um nicht eines Tages von einer Ausbreitung überrascht zu werden, der gegenüber energisches Handeln schwerer durchführbar ist, als zur Zeit.“ Seine Publikation²⁾ veranlasste die Königsberger Regierung, einen schleunigen Bericht des Physikus über die dortige Epidemie einzufordern, der denn auch schon im December desselben Jahres in ausführlicher und überaus gründlicher Weise erstattet wurde.

¹⁾ Verh. d. 2. intern. Derm. Congr. Wien 1892, pag. 27.

²⁾ Mitteilungen über eine in Deutschland bestehende Lepraendemie. Von Dr. Pindikowski in Memel. Deutsche med. Wochenschr. 1893, No. 40.

Rosenthal konnte, obwohl erst wenige Monate seit der Pindikowski'schen Mitteilung verflossen waren, schon über 17 Fälle berichten. Und er vermutete mit Recht, dass nicht alle Fälle zu seiner Cognition gelangt seien. Man müsse bedenken, dass die lithauische Bevölkerung den Arzt selten consultiere, am wenigsten bei Hautkrankheiten, die zwar Entstellendes, aber lange Zeit nichts Belästigendes hätten. Auch hätten die amtlichen Feststellungen die Lente kopfscheu gemacht; sie ahnten, dass ihnen möglicher Weise etwas Unangenehmes bevorstehe, und so möchte sich mancher der Feststellung seiner Krankheit entziehen. — Ausserdem liege die Annahme nahe, dass neben der tuberösen Form Fälle von anesthetischer Lepra vorhanden seien. Da man aber diesen Kranken die Krankheit nicht wie bei der tuberösen Form gleichsam vom Gesicht ablesen könne, auch die Erkrankung derselben von Seiten des Arztes grössere Aufmerksamkeit erfordern, so blieben diese ausser Betracht.

Rosenthal befürwortet ein energisches Eingreifen der Regierung und empfiehlt zu diesem Behufe

1. strenge Isolierung der Erkrankten in Leproserien.
2. Durchsuchung des Kreises nach Leprakranken, ev. Untersuchung der Schulkinder und Confirmanden in Intervallen.
3. Anzeigepflicht auch für nur verdächtige Fälle.
4. Durchforschung der Nachbarkreise.
5. Informierung der Aerzte des Kreises über das Krankheitsbild der Lepra.

Der Bericht des Physikus wurde kräftig unterstützt durch den des Landrats Herrn Cranz, welcher grosses Verständnis und reges Interesse für die Sache an den Tag legte und ebenfalls die Isolierung der Kranken mit gleichzeitiger Beschäftigung in der Landwirtschaft befürwortete. Er schlug vor, diesen Betrieb nicht allzuweit von der Stadt Memel zu errichten und die Verpflegung zum grössten Teil durch die Kranken selbst besorgen zu lassen. Gegenüber der Anschauung der Regierung in Königsberg, welche die Gemeinden und, falls diese nicht leistungsfähig seien, den Kreis für die Kosten der zu ergreifenden Massnahmen in Anspruch nehmen wollte, betonte er mit Recht, dass die Deckung der Kosten weder Sache der Gemeinde noch des Kreises sein könne, sondern dass einzig und allein die Regierung hier einzugreifen habe. Aber die Regierung in Königsberg griff nicht ein — ihre ganze Thätigkeit beschränkte sich auf eine Instruierung der Gendarmen und den Erlass einer Beschreibung der Lepra im Memeler Kreisblatt. Drei Kranke kamen auf Neisser's Veranlassung in die Breslauer Klinik für Hautkrankheiten, eine in das Institut für Infektionskrankheiten zu Berlin, im Uebrigen blieb nach wie vor alles beim alten.

Was mich veranlasste, die Memeler Lepraepidemie an Ort und Stelle in Augenschein zu nehmen, war neben dem allgemeinen Interesse an der Leprafrage der Wunsch, den wirklichen Umfang der Epidemie, und den Boden, auf dem sie erwachsen, kennen zu lernen. Vor allem aber lag mir daran festzustellen, ob ein Zu-

sammenhang derselben mit den Lepraherden in den russischen Ostseeprovinzen bestände und wenn ja, wie die Verschleppung nach Deutschland vor sich gegangen sei. Und so beschloss ich denn die Kranken in ihren Wohnsitzen aufzusuchen und begann Anfang März d. J. meine Wanderung.

II. Land und Leute.

Der Kreis Memel ist der nördlichste der Monarchie. Im Westen grenzt er an die Ostsee und das kurische Haff, vor dem sich langhingestreckt die hohen Sanddünen der kurischen Nehrung auftürmen; im Süden stösst er an den preussischen Kreis Heydekrug, während im Norden und Osten die russischen Gouvernements Kowno, d. i. Russisch Litthauen und Kurland liegen — von letzterem freilich nur noch ein schmäler, kaum 6 km langer Streifen an der Küste.

Der Boden, zumeist Sand und Torfmoor, ist nur an wenigen, von der See entfernter liegenden Strecken von etwas besserer Beschaffenheit und bringt den Bewohnern nur dürftige Erträge. Die Stadt Memel selbst, die einzige des Kreises, war noch vor 30 Jahren eine lebhafte und wohlhabende Handelsstadt; jetzt ist sie mit etwa 19000 Einwohnern eine der wenigen Städte Deutschlands, deren Einwohnerzahl in stetigem Rückgang begriffen ist.

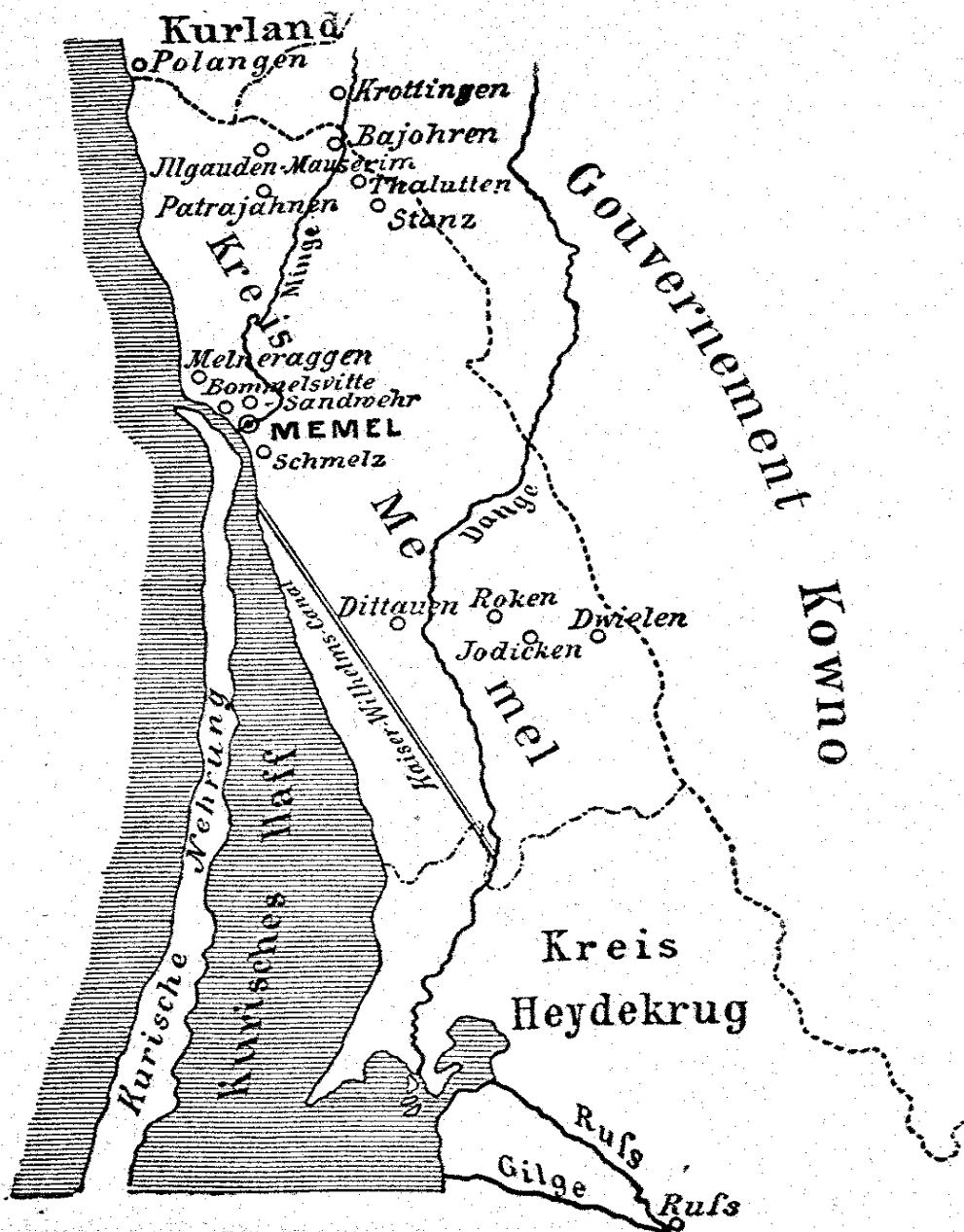
Schuld daran ist neben der Verdrängung der Segelschifffahrt durch die Dampfschifffahrt der Zollkrieg zwischen Deutschland und Russland, welcher die Stadt eines konsumfähigen Hinterlandes beraubt und ihr als einzige Erwerbsquelle einen umfangreichen Holzhandel, einen der grössten der Ostsee, gelassen hat.

Die Einwohner der Stadt sind zumeist Deutsche, die Landbevölkerung besteht fast ausschliesslich aus Litthauern. Nur wenige unter den letzteren leben in wirklich guten Verhältnissen, die meisten fristen in ärmlichen Hütten ein kümmerliches Dasein. Neben der Landarbeit bildet für die am Strand und am Haff gelegenen Dörfer das Haupteinkommen die Fischerei, für die Grenzdörfer wohl auch der Schmuggel; von Industrie ist, abgesehen von der Holzschniederei in Memel und Umgebung, kaum die Rede.

Die Nahrung ist schlecht und meist unzureichend; Kartoffel, grobes Brot und Fische bilden die Hauptnahrung. Fleisch ist selbst bei der wohlhabenderen Bauern eine seltene Speise. Im Grossen Ganzen trifft noch heute die Schilderung Morgen's¹⁾ aus dem Jahre 1843 zu: „Der Gewinn am Getreide ist bei der häufigen schlechten Bewirtschaftung des Ackers nicht bedeutend und deckt häufig kaum den häuslichen Bedarf; zum Verkauf bleibt den Bauern des Kreises selbst in guten Jahren nicht viel übrig. Reicht der Roggen zum Brodbedarf für den Haushalt nicht aus, so werden Hafer, Gerste, jedenfalls aber auch Kartoffeln zugemischt. Ein solches Brod ist oft so schlecht,

¹⁾ F. J. Morgen, Beiträge zu einer medicinischen Topographie des Kreises und der Stadt Memel. Memel 1843.

dass es für einen daran nicht Gewöhnten nicht geniessbar ist. Gegen Getreide tauschen die Bauern von den am Haff und an der See vorhandenen Fischern Fische ein; diese werden gesalzen und in freier Luft getrocknet, in welchem Zustande sie als Leckerbissen aufbewahrt werden. Heringe werden zu den Kartoffeln besonders



Figur 1.

geliebt; oft muss auch das in den Heringfässern zurückbleibende Salz ihre Stelle vertreten. Diese Speise ist das gewöhnliche Abendessen und wechselt oft nur mit trockenen grünen Erbsen oder grossen Bohnen. Zur Zeit, wo die Wintervorräthe aufhören, ist ein dünner Mehlabrei, der mit dem aus Hanfsamen ausgepressten Oel abgemacht wird, eine gewöhnliche Speise; im Sommer werden häufig die noch unreifen Kartoffeln gegessen. Selten schlachten die Bauern ein Stück Vieh zum häuslichen Bedarf.“

Eine grosse Rolle spielt der Alkohol, von dem für unsere Begriffe ungeheure Quantitäten vertilgt werden. Auch die litthauischen Frauen sind sehr dem Trunke ergeben. Ihre Specialität ist der mit Aether versetzte Alkohol, die Hoffmannstropfen; an Markttagen sieht man viele der Marktfrauen, wenn sie ihre Waaren verkauft haben, am hellen Tage in höchst bedenklichem Zustande in den Strassen Memels umherschwanken.

Die Wohnungen der litthauischen Bauern sind überaus schlecht und ungesund, niedrig, eng und schmutzig. Oft findet sich im ganzen Hause nur ein Zimmer, in welchem nicht nur die gesammte Familie isst, wohnt und schläft, sondern auch Schweine und allerhand Hausgethier seinen Wohnsitz aufgeschlagen hat. In dieser Stube steht auch das grosse Bett, welches für die Eltern bestimmt ist, während die Kinder entweder auf der Erde, an, oder gar auf dem Ofen schlafen. Auch das Gesinde schläft nach dem litthauischen Wahlspruch: „Szillumà káulù ne lauz“ — Wärme verursacht keinen Schaden — gewöhnlich auf dem Ofen, noch mit der Kleidung oder gar mit einem Pelze bedeckt.

Noch schlimmer ist es mit den Mietswohnungen bestellt, die zumeist 4 an der Zahl in einem Hause vereinigt liegen. Dann geht mitten durch das Haus von vorn nach hinten ein schmaler Durchgang, der sich in der Mitte zu einem dunklen Raum erweitert. In den 4 Ecken dieses Raumes finden sich die offenen Feuerstellen der 4 Familien, und der Rauch zieht in diesem nach oben sich allmählich zu einem Schornstein — dem einzigen des Hauses — verengernden Rauchfange empor; um den Rauchfang gruppieren sich, an den 4 Ecken des Hauses gelegen, die 4 Wohnräume, die auch noch mit einem Ofen versehen sind. Diese Bauart fand ich namentlich in den noch halbländlichen Vorstädten Memels.

Wie die Luft in diesen Räumen beschaffen ist, welche im Winter furchtbar überheizt und niemals gelüftet werden, davon kann man sich nach dem Gesagten eine schwache Vorstellung machen. Mein starknerviger Fuhrherr, mein steter Reisebegleiter, der mir auch zugleich als Dolmetscher dienen musste, war oft, wenn ich mich nach ihm umsah, verschwunden; es war ihm nicht möglich gewesen, so lange in dieser Luft auszuhalten.

Und in dieser Luft existiert und gedeiht ein kräftiges Geschlecht, eine prächtige Rasse von Menschen, hochgewachsene starkknochige Männer, rotwangige, vollbusige Mädchen, und Frauen, die ihren Männern eine zahlreiche Nachkommenschaft gebären. Freilich gehen von dem Nachwuchs unter so ungünstigen Existenz-Bedingungen viele zu Grunde (in einer Familie 11 von 17), nur die kräftigsten überleben.

Ob die Litthauer germanischen oder slavischen Ursprungs sind, darüber sind auch jetzt noch die Meinungen der Ethnographen geteilt. Ihre Sprache, die von dem slavischen Idiom ebenso scharf unterschieden ist wie von dem deutschen, giebt über die Zugehörigkeit der Rasse keine Auskunft; denn auch die litthauische Sprache bildet den Gegenstand zahlreicher Theorien;

soll sie doch nach Einigen noch viele Verwandtschaft mit dem Altpersischen aufweisen!

Von den deutschen Litthauern unterscheiden sich der Rasse nach gar nicht, in der Kleidung und dem Idiom nur unbedeutend die Szameiten, die auf russischer Seite im Gouvernement Kowno wohnenden Russisch-Litthauer. Sie sind an Markttagen ständige Gäste, und einige von ihnen leben auch dauernd oder vorübergehend als Knechte bei deutschen Bauern. (Ueber den Grenzverkehr siehe Ausführlicheres in Abschnitt IV.)

Krankheiten achtet der Litthauer sehr wenig, und den Arzt consultiert er nur im äussersten Notfalle; die meisten sterben, ohne je in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein. Auch die Furcht vor ansteckenden Krankheiten scheint sehr gering zu sein. So fand ich einmal einen schwerkranken Leprösen als Pensionär in einer Familie von 6 Köpfen, die einrächtig mit ihm in einem winzigen Raum von kaum 15 cbm Luftraum hauste. In einem anderen Falle schlief die 21jährige Tochter im Bett zusammen mit ihrer seit 10 Jahren kranken, am ganzen Körper mit Geschwüren bedeckten Mutter.

Pflege und Reinhaltung des Körpers sind bei Gesunden und Kranken ein ungekannter Luxus. Ungeziefer auf dem Körper und in den Wohnräumen die Regel. So zeigte der Knabe Masla (Fall 21) nach dem Entkleiden an seinem Körper tausende und aber-tausende von Petechien, durch Flohstiche verursacht — ein Bild, das mich unwillkürlich an die nämliche Schilderung erinnerte, die einst Virchow in der „Not im Spessart“ gegeben. Dass unter solchen Umständen bei aller Tüchtigkeit der Rasse Krankheiten aller Art, namentlich aber Infektionskrankheiten, einen günstigen Nährboden finden, leuchtet ein; so herrscht, um nur eins zu erwähnen, seit Jahren das Trachom unter der ländlichen Bevölkerung des Kreises in erschreckendem Maasse.

Das ist der Boden, auf dem zum ersten Male nach 3 Jahrhunderten sich die Lepra auf deutschem Boden festgesetzt hatte.

Die Jahreszeit war meiner Expedition nicht günstig. Solange der Schnee noch lag, waren die Kommunikationsverhältnisse einigermassen erträglich; als aber die Schneeschmelze begann, wurden die Feldwege grundlos und unpassierbar und manche Dörfer infolge der Ueberschwemmungen zeitweise unerreichbar. Schliesslich gelang es aber doch, alle als solche bekannten noch lebenden Leprösen aufzufinden.

Namen und Adressen der Kranken verdankte ich zum Teil Collegen Pindikowski, zum Teil erfuhr ich sie aus den Akten, deren Einsicht mir auf dem Landratsamt freundlichst gestattet wurde. Freilich waren ein paar Kranke im Laufe des letzten Jahres verstorben, ohne dass — bei der völligen Abgeschiedenheit, in der während des Winters die Einwohner vieler Dörfer meist leben — davon irgend etwas bekannt geworden wäre. Meine Recherchen erstreckten sich nun ausser auf die Kranken selbst auf deren Hausgenossen, soweit ich deren habhaft werden konnte, sowie auf die nächsten Anverwandten, die ich, wenn sie im Dorfe selbst oder in einem Nachbardorfe wohnten, sofort aufsuchte. Eine

grössere Zahl von Angehörigen Lepröser konnte ich im Memeler Kreishaus, wo mir ein Zimmer zu diesem Zweck zur Verfügung gestellt wurde, untersuchen — immerhin bleibt noch ein Rest von Personen, die den Leprösen verwandschaftlich nahe stehen und deren ich nicht habhaft werden konnte. (Die Fälle sind in der unten abgedruckten Tabelle namhaft gemacht.) Die Verständigung ging mit Hilfe meines Dolmetschers recht gut von statten; auch spricht und versteht die jüngere litthauische Generation das Deutsche zur Genüge.

Ueber die russische Grenze bin ich nur einmal gekommen, habe aber durch authentische und zum Teil sehr ausführliche Berichte russischer und deutscher Collegen, welche in den Grenzdistrikten beschäftigt sind, manche wertvolle und wichtige Ergänzung meiner eigenen Befunde gewonnen. An dieser Stelle spreche ich ihnen allen meinen besten Dank aus für die geleistete Hülfe.

Durch das freundliche Entgegenkommen des Herrn Geheimrat Neisser bin ich ferner in der Lage, auch über die 3 Patienten, welche sich in seiner Klinik aufhalten resp. aufgehalten haben, ausführlichere Mitteilungen zu bringen. Obwohl einige dieser Angaben schon an anderer Stelle (im Neisser'schen Stereosk. Atlas) publiciert sind, glaubte ich doch der Vollständigkeit halber, auch diese — wenigstens auszugsweise — wiedergeben zu sollen. Auch bei den Fällen, welche von mir genauer untersucht worden sind, habe ich die Befunde der Voruntersucher angegeben, weil gerade aus dem Vergleich der zu verschiedenen Zeiten gemachten Beobachtungen sich die Veränderungen und Fortschritte der Krankheit am besten ersehen lassen. Wenig zu benutzen waren meist die früher erhobenen anamnestischen Daten; hier habe ich mich zum grössten Teil auf meine eigenen Nachforschungen verlassen müssen.

Ich gebe nunmehr in folgendem die Krankengeschichten der 25 bis jetzt bekannten Fälle, von denen freilich einige nur durch recht lückenhafte Daten vertreten sind. Die Anordnung ist so getroffen, dass zuerst die schon verstorbenen 15 Patienten, dann die noch lebenden 10 aufgeführt sind. Die durch Verwandtschaft zu einander gehörigen Fälle habe ich hintereinander gestellt.

III. Casuistik.

Bei den folgenden Angaben bedeutet:

(V.) Vossius 1884; (P) Pindikowski 1893; (R) Rosenthal 1893 und 1894; (N. W.) Neisser-Westberg 1895; (W) Wassermann 1895; (N) Neisser 1896.

Meine eigenen Angaben stammen aus März-April 1896.

Fall 1 und 2.

Heinrich und Carl Schleppkau, Söhne eines Hafenarbeiters aus Sandwehr bei Memel. Grosseltern und Eltern der Kranken sind immer in Memel ansässig, nie in Russland gewesen oder mit Leprösen in Berührung ge-

kommen. Der Vater ist, 34 Jahr alt, an Phthise gestorben. Die Mutter lebt und ist gesund (56 Jahre alt), ebenso die Grossmutter mütterlicherseits und eine verheiratete Schwester; alle 3 leben noch in Sandwehr. Gesund ist ferner ein Mädchen, das den jüngeren Bruder bis zu seinem Tode gepflegt hat und im Hause wohnt, ferner angeblich gesund ein dem jüngeren Bruder gleichaltriger junger Mann, Namens Carl Müller, der mit den beiden Brüdern zusammen in der Familie Schleppkau erzogen wurde.

Die Knaben sind nie aus der Umgegend Memels herausgekommen, haben viel auf der Strasse und am Hafen gespielt und mögen dort wohl gelegentlich mit Fremden zusammengekommen sein. Später sind beide als Arbeiter in einem grösseren Holzgeschäft in Memel thätig gewesen. Zuerst (1877) erkrankte der jüngere Bruder Carl in seinem 12. Lebensjahr, 2 Jahre später der ältere, dann als 16 Jahr alt. Anfangs schliefen beide Brüder in einem Bett zusammen; als das Leiden des jüngeren Bruders sich aber verschlimmerte und der ältere auch erkrankte, wurden sie getrennt.

Genauere Notizen finden sich über den älteren Bruder Heinrich in der Arbeit von Vossius¹⁾:

(V.) Pat. erkrankte etwa 1879 mit grosser Mattigkeit und Appetitmangel. Kurz darauf bildeten sich über dem linken Augenlid 2 blaurote Knötchen, die langsam wuchsen, dann ulcerös zerfielen und unter Hinterlassung von strahligen weissen Narben heilten. Inzwischen hatten sich neue Knötchen in der Umgebung der Nase, der Lippe und auf der rechten Wange gebildet, weiterhin erkrankte auch die Mundhöhle und (1882) auch das rechte Auge. Dann trat Heiserkeit und Schwellung der Hände und Füsse hinzu; es bildeten sich dort blaurote Knoten, die ulcerierten und später vernarbt.

Bei seiner Aufnahme in die Königsberger Augenklinik 1884 machte der damals 21 Jahre alte Kranke den Eindruck, als wäre er mindestens 40 Jahre alt, ein Phänomen, das durch die starke Faltenbildung im Gesicht hervorgerufen war.²⁾

Das Gesicht ist durch zahlreiche Knoten verschiedener Grösse, die alten Narben und Geschwüre völlig entstellt, die Haut teils livide, teils bräunlich verfärbt. Augenbrauen fehlen; Ohrläppchen stark verdickt und verlängert. Die Haut der Stirn und Augenbrauengegend erscheint stark verdickt und runzlich, von tiefen Furchen durchzogen.

Die Haut am übrigen Körper nur wenig verändert. Die Haut des Rückens, der Schultergegend, der Brust, der oberen und unteren Extremitäten mit bräunlichen Flecken besetzt. Hände und Füsse bläulich und verdickt, die Finger konisch zugespitzt; die Nagelglieder etwas atrophisch. Auf der rechten Schulter und am rechten Ellenbogen einzelne bohnengrosse Knoten, sonst keine Knoten am ganzen Körper.

Körpermuskulatur enorm schwach entwickelt, Muskulatur zwischen Daumen und Zeigefinger, sowie an der Ulnarseite des kleinen Fingers atrophisch. Panniculus adiposus fast ganz geschwunden, die Haut in grossen Falten abzuheben. Haarwuchs kräftig. Genitalien pueril.

Inguinaldrüsen stark vergrössert. Keine Anaesthesia. Innere Organe gesund.

Schleimhaut des weichen und harten Gaumens, des Rachens und der Zunge völlig degenerirt, teils mit Knoten, teils mit Geschwüren bedeckt. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt auf dem Kehldeckel, namentlich am Aditus ad laryngem und in der oberen Hälfte des Kehlkopfes, sowie an den Stimmbändern, reichliche Knoten.

An den Augen hochgradige Veränderungen. An den Lidrändern Knoten, die sich wie Chalazien anfühlen, Cilien fast ganz defekt; weissliche Plaques

¹⁾ Vossius. Uebertragungsversuche von Lepra, im Anschluss an einen Fall von Lepra arabum. Bericht über die 16. Versammlg. der Ophthalmol. Gesellschaft. Heidelberg 1884, pg. 27 ff.

²⁾ Den Berichten der Ophthalmol. Gesellsch. ist eine Abbildung des Kranken beigefügt, welche das Greisenhafte des Gesichtsausdrückes vorzüglich wiedergiebt.

in der Conjunctiva tarsi und am freien Lidrand; keine Geschwüre in der Conjunctiva.

Am rechten Bulbus ein mehrere Millimeter breiter, ringförmiger, weisslicher Wulst, etwa 6 mm hoch prominierend, an der Corneo-Skleralgrenze, welcher die Hornhaut zum grössten Teil mitergriffen hat und nur ein etwa erbsengrosses Stück, dem Centrum derselben entsprechend, freigelassen hat. Von der Iris nur am Rande ein etwa 2 mm breiter Streifen von atrophischem Aussehen nachweisbar. Der sonst harte Wulst ist an einzelnen Stellen verdünnt und lässt dort die Uvea bläulich durchscheinen. Die vordere Augenkammer abgeflacht, die Pupillen elliptisch, 8–9 mm hoch, 5–6 mm breit, frei von iritischem Exsudat; Linse normal transparent, Glaskörper ohne geformte Opacitäten, doch nicht ganz durchsichtig, infolge dessen der Augenhintergrund etwas verschleiert. Derselbe zeigt keine wesentlichen Veränderungen. Sehschärfe wesentlich herabgesetzt, Gesichtsfeld stark umgrenzt.

Die Cornea des linken (später erkrankten) Auges enthält im Centrum zahlreiche runde, im Parenchym sitzende, erst bei seitlicher Beleuchtung sichtbar werdende hellgraue Pünktchen. Conjunctiva bulbi durchsichtig. Pericorneales Gefässnetz stark erweitert. Die Corneoskleralwand an einzelnen Stellen nicht ganz scharf. Keine erheblichen Veränderungen im Augeninnern. Sehschärfe etwas herabgesetzt (S mit –1 D gleich $\frac{20}{1000}$).

Pat. blieb 10 Wochen in der Klinik und erhielt asiatische Pillen. Während dieser Zeit wurde er häufig von vorübergehenden leichten Fieberanfällen betroffen. In einem etwas starken Anfall trat Ulceration eines Knotens an der Nase ein; gleichzeitig schwollen die Drüsen am Halse in der Gegend der Glandula submaxillaris und am Boden der Mundhöhle so stark an, dass Pat. heftige Schluck- und Athembeschwerden hatte. Die Drüsen schwollen in 4 Wochen wieder ab.

Der Kranke kam dann ein Jahr später noch einmal nach Königsberg auf die Klinik, starb dann aber zu Hause am 6. III. 1886.

Der jüngere Bruder Carl war, nachdem er längere Zeit in der königl. chirurgischen Klinik in Königsberg gewesen war, wieder nach Hause zurückgekehrt und lebte bei der Mutter. Er starb am 30. XII. 1888.

Fall 3–5.

Wirt Redweik in Jodicken, Vater von 4, 5 und 6, ist angeblich schon Anfang oder Mitte der 70er Jahre erkrankt, (L. tuberosa), † 1879.

Sohn Redweik, angeblich 1882 erkrankt (L. tuberosa), 1885 im Kreis-Jazareth zu Memel, gestorben 1890 im Alter von 30 Jahren.

Tochter Redweik hat ebenfalls lange Zeit an L. tub. gelitten, † 1889 im Alter von 22 Jahren.

Fall 6.

Anna Redweik, Tochter von 3, hat nur in Jodicken gelebt. Unverheiratet, 1892 von einem unehel. Kind entbunden. Mutter lebt und ist gesund, jetzt zum zweiten Male an Christian Szliesciz in Jodicken (Bruder von Fall 7) verheiratet. 2 Geschwister an Lepra † (4 u. 5), ausserdem 4 andere Geschwister an andern Krankheiten †. 2 Brüder leben und sind gesund, der eine ist taubstumm. — Sie selbst ist angeblich 1890 erkrankt; zuerst wurden Gesicht und Arme befallen.

(P.) Meist makulöse, weniger tuberöse Formen im Gesicht, an den Ohren, Unterarmen, und auf den Handrücken. Anaesthesia des ganzen rechten Armes und des linken Unterarmes, nicht auf Brust und Rücken, wo auch kein Exanthem. Füsse gleichmässig verdickt und infiltriert, ohne Ausschlag. Unterschenkel anästhetisch. Am harten Gaumen einzelne Tubera, sowie ein kleines Ulcus. Stimme tonlos. Larynx: Je ein großer Knoten an jedem Stimbange, rechter Aryknorpel zu einem kleinen Tumor aufgetrieben. Die Oberfläche aller drei Tumoren, wie mit einem diphtherischen Belage bedeckt.

(R.) Knoten mittlerer Grösse über das Gesicht verstreut. Schleimhaut des harten Gaumens stark infiltriert mit geschwürigem Zerfall; ebenso geschwollen ist die Schleimhaut des Pharynx und des Kehlkopfeinganges. Starke Heiserkeit, etwas Dyspnoe. An den Armen wenige Knoten, Hände frei. Unterschenkel prall geschwollen, zeigen einige grössere rote Flecke; vordere Kniegegend

stark infiltriert und bräunlich gefärbt. Lungen gesund, Kräftezustand gut. Keine Zeichen von Syphilis.

Pat. ist am 10. December 1895, 27 Jahre alt, verstorben. Das Kind lebt bei der Mutter und war bei meinem Besuche völlig gesund.

Fall 7.

Annicke Korallus, Altsitzersfrau aus Roken. Hat nur im Kreise Memel und am Orte gelebt; ihre Eltern sind todt, haben nicht an Lepra gelitten, ebensowenig ihr Mann. Sie kennt nur eine Leprakranke, die Stieftochter ihres Bruders (Fall 6). Der Bruder selbst ist gesund, ebenso ein anderer Bruder und eine Schwester. Eine Schwester †, aber nicht an Lepra, hat 5 gesunde Kinder hinterlassen. Sie selbst hat 2 Kinder, nicht an Lepra, verloren.

(R.) Krankheit besteht seit 1886. Im Gesicht keine intumescirte Falten, aber viele hellbräunliche flache Knoten. Schleimhäute frei. An den Streckseiten der Arme viele rötliche Papeln, ebenso an der vorderen Seite der Oberschenkel; Hände frei. Unterschenkel zeigen ein mässiges pralles Oedem und sind diffus gerötet, ohne Knoten. Innere Organe, insbesondere Lungen, gesund. Allgemeinbefinden und Ernährung gut.

Gestorben Michaeli 1894, 71 Jahre alt.

Fall 8.

Barbe Müller, geb. Puckies, Losfrau aus Joneicken-Görge, später in Patrajahnen wohnhaft, hat angeblich nur im Kreise Memel gelebt. Ihre Eltern sind früh gestorben; sie weiss nichts von ihnen. Von ihren drei Brüdern, welche alle drei längere Zeit in Russland gelebt haben, ist einer vor kurzem zurückgekehrt, gesund; ein zweiter, leprös (Fall 9, siehe diesen); ein dritter lebt noch in Russland. Mann gestorben, war nicht leprös. Mehrere Kinder gestorben, keines leprös. Fünf leben, alle gesund. Ihre eigene Krankheit besteht seit 1889. Ist mit dem kranken Bruder, zur Zeit als er schon krank und sie noch gesund war, viel zusammengewesen.

(P. und R.) Knoten verschiedener Grösse, meist nicht über erbsengross, im Gesicht, an Ohrrüschen Armen, Händen und Beinen. Die Knoten an den Extremitäten etwas grösser. Keine diffusen Hautinfiltrate; Unterschenkel nicht geschwollen. Keine Anaesthesia; Schleimhäute und innere Organe gesund. Kräftezustand gut. Mikroskopisch Lepra-Bacillen in einem excidirten Knoten.

Gestorben am 2. Mai 1895, 52 Jahre alt.

Fall 9.

Jürge Puckies, Arbeiter aus Thalutten-Stanz. Im Kreis geboren und hat grösstenteils in demselben gelebt, 1870/71 den Feldzug mitgemacht. Ist sehr oft und längere Zeit in Russland als ländlicher Arbeiter beschäftigt gewesen, aber immer nur innerhalb des nächsten Grenzgebietes. Eltern todt; nicht leprös gewesen. Frau 1893 gestorben, ebenfalls nicht leprös. Hat 2 Brüder, von denen der eine noch in Russland lebt, der andere vor kurzem zurückgekehrt ist, und 2 Schwestern. Mehrere Geschwister sehr jung gestorben; nicht leprös. Mit der erkrankten Schwester (Fall 8) stets vorübergehend zusammen gekommen, hat jedoch seit früher Jugend nicht mit ihr zusammen gewohnt. Zwei Söhne und 2 Töchter gesund. Er selbst ist 1885 zuerst im Gesicht erkrankt, mit Knoten, die als Frostbeulen behandelt wurden und auch bald wieder verschwanden. Erst $1\frac{1}{2}$ Jahr später neue Knoten im Gesicht, gleichzeitig braune Flecke am Rumpf, aus denen sich neue Knoten bildeten. Auch dieser Nachschub soll 1888 in der Königsberger Klinik soweit geheilt worden sein, dass Pat. seiner Arbeit ungestört nachgehen konnte. Bei eintretendem Frostwetter Verschlimmerung, Schwellen der Füsse mit Bildung von Geschwüren. 1893 Geschwüre an Händen und Lippen.

(R.) Stirn fast frei. Die Backen diffus, aber weich infiltriert, mit vielen grossen und kleinen flachen Knoten, Lippen dick gewulstet, Augenbrauen und Ciliens fehlen. Nasenschleimhaut geschwollen, ulceriert und mit Borken bedeckt, Augen frei. Knoten auf Zungenrücken; Schleimhaut des harten und weichen Gaumens und des Pharynx mit ulcerierten Knötzchen besetzt. Ebenso Schleimhaut des Kehlkopfes. Stimme sehr heiser. Starke Dyspnoe. — Haut an der Vorderseite der Brust diffus braun gefärbt. Rücken frei. Arme bräunlich rot gefärbt. An den Streckseiten viele grosse ulcerierte Knoten. Hände frei bis

auf Schwellung fast aller Endglieder der Finger. Knotige Anschwellung am Nebenhoden. Praeputium odematös, Glans verdickt. Lymphdrüsen nicht geschwollen. Oberschenkel frei. Unterschenkel und Füsse mässig geschwollen, ohne Hautverdickung oder Knoten. Lungen gesund; nie syphilitisch gewesen. Obere und untere Gliedmassen stark anästhetisch, Gesicht viel weniger.

(NW.)¹⁾ *Facies leonina*, die Gesichtshaut stark gewulstet und schwammig aufgetrieben, vereinzelte Knoten auf Stirne, Wangen und Augenlidern. Augenbrauen und Cilien fehlen. Geschwürige Defekte an den Lippen, der Nase und auf der Stirne. Bart und Haarwuchs auffallend spärlich.

Auf dem behaarten Kopf, entsprechend dem Berührungspunkte beider Scheitelbeine und des Hinterhauptes eine circumscripte handtellergrosse Stelle, welche vollständig haarlos und nach Angabe des Patienten einmal auch von Knoten befallen war, die Haut auf der Stelle fühlt sich wie wattiert an, zeigt keine äusserliche Veränderung. (In einem *in vivo* excidierten Stück Leprabacillen in Haufen und Zellen und einzeln freiliegend.) Aehnliche kleinere Stellen mehrfach auf der Kopfhaut unregelmässig angeordnet, keine besondere Anästhesie.

Brust- und Rückenhaut von dichtstehenden hellbraunen Flecken besetzt; keine Knoten. Abdomen fast frei. Kleine Flecken und Knoten an den Armen, namentlich den Beugeseiten; grössere, zum Teil ulcerierte Knoten an der Streckseite der Gelenke. Finger trommelschlägelartig aufgetrieben, sämtlich ulceriert, zum grossen Teil der Nagel zerstört.

In der Gluta e a l g e g e n d beiderseits grosse narbige Veränderungen; an den Beinen die Streckseiten, namentlich die Patellen, stärker befallen als die Beugeseiten. Unterschenkelhaut stark verdickt, nicht faltbar, blau gefärbt; Oedem an den Knöcheln. An beiden Füßen, entsprechend dem Ansatz der Achillessehne, markstückgrosse, wie mit dem Locheisen herausgeschnittene Geschwüre mit callösen Rändern, ebenso auf dem Cap. metatarsi pollic. sin. Die Zehen aufgetrieben, nicht ulceriert. —

Am Penis neben dem Orific. urethr. ein Geschwür mit seichtem Grund.

Motilität überall gut, Berührungsempfindung kaum wesentlich herabgesetzt, oft an stark leprös veränderten Stellen, z. B. im Gesicht, gut erhalten. Stärkere Störungen der Sensibilität an Händen und Fingern; im unteren Drittel der Unterschenkel fleckenweise Herabsetzung der Berührungsempfindung. Völlige Analgesie beider Füsse, namentlich an den stark ulcerierten Stellen. Temperaturrempfindung an den leprös veränderten Stellen herabgesetzt, an Hand, Fingern und Füßen fast völlig aufgehoben. Keine Atrophien, keine Entartungsreaction.

An der linken Hornhaut im oberen Teil eine stärkere Trübung, mit blossem Auge kleine graue Flecke sichtbar, teils isoliert, teils confluiert. Linke vordere Kammer fehlt, Iris atrophisch und Pupille nicht zu differenzieren. Totale Amaurose. Rechts leichte Trübung der Hornhaut am oberen Rand.

Am weichen Gaumen alte und frische lepröse Veränderungen; die Uvula erscheint als grosser flacher Wulst; Gaumenbögen durch Narbenbrücken mit der hinteren Rachenwand verwachsen. Auf der stark zerklüfteten Zunge eine erbsengrosse, harte Prominenz. Im Nasenrachenraum ebenfalls erhebliche Veränderungen. Die Epiglottis ist in einen pflaumengrossen, glatten, kugeligen Tumor verwandelt, der jeden Einblick in den Kehlkopf verhindert. Pat. ist völlig heiser; es besteht starker Stridor und zunehmende Dyspnoe, welch' letztere eine Tracheotomie notwendig machte. Pat. ging kurze Zeit nach derselben an Pneumonie zu Grunde.

Bei der Section (Geh. R. Ponfick) ergaben sich ausser einer lobulären Pneumonie des mittleren und unteren rechten Lungenlappens im untersten Teil der Dura mater spinalis mehrere speckige Verdickungen in Gestalt elliptischer Knoten. Dieselben hängen aber nicht mit den Nervenwurzeln zusammen. Hirn, Rückenmark und Nervenwurzeln anscheinend normal. Beachtenswert sind die Veränderungen der Hoden: Beide Hoden klein. Der Nebenhoden auf dem Durchschnitt derb speckig, Samenkanälchen nicht mehr

¹⁾ Westberg, 2 Fälle von Lepra. Neisser, Stereoskop.-Atlas, Lief. V. Tafel LXIII.

zu unterscheiden. Hodensubstanz besteht aus teils gallertiger, grauer, teils faserig weißer Masse. Septa des Corpus Highmori rechts deutlich verbreitert, Samenkanälchen fast ganz verschwunden. Innerhalb der homogenen grauen Masse vereinzelte graugelbe, etwa haufkorngrößige Körner. Links ähnlicher Befund, doch sind noch einzelne bräunliche Züge von Samenkanälchen unterscheidbar, dagegen fehlen ähnliche Knötchen wie rechts.

Fall 10.

Wittwe Emilie Goldap aus Bommelsvitte. Verkommenes, dem Trunk stark ergebenes, dekrepides Individuum. Angeblich 1891 erkrankt, tuberkulöse Form. Gestorben 1894 im Kreislazareth zu Memel, 56 Jahre alt. Vier Töchter leben und sind angeblich gesund.

Fall 11.

Frau Paddags, Losfrau aus Schmelz, gestorben 1891; scheint an Lepra anaesthetica gelitten zu haben. Ihre Beine waren stark geschwollen und die Haut über den größten Teil des Körpers ohne Empfindung, wodurch sie sich grosse Verbrennungswunden zugezogen hatte. Knotenartige Verdickungen der Haut sollen nicht dagewesen sein. Der Mann, von dem sie getrennt gelebt hat, nicht leprös, 1893 gestorben. Vier Kinder, von denen eine Tochter (Fall 12) leprös.

Fall 12.

Urte Paddags, Tochter von Fall 11.

(R.) Angeblich 1892 mit Anschwellung der Beine erkrankt. Gesicht gedunsen, keine diffusen Infiltrate der Haut, sondern viele flache Knoten von Erbsen- bis Haselnussgröße. An der Streckseite, aber auch an der Flexorenseite beider Arme grosse und kleine zum Teil ulcerierte Knoten. Die ganze Streckseite anaesthetisch. Die Flexorenseite zeigt herabgesetzte Berührungsempfindlichkeit. Rumpf frei, mit erhaltenem Empfindung, Hände ohne Anschwellung, ohne Knoten, ganz ohne Empfindung. Starkes pralles Ödem beider Schenkel und Füsse, und diese Teile ganz ohne Empfindung. Keine Knotenbildung. Cilien und Augenbrauen fehlen. Augen frei. Schleimhaut der Nasenhöhlen, Mund- und Rachenhöhle frei. Kehlkopfschleimhaut zeigt Schwellung. Heiserkeit, aber keine Dyspnoe. Menses in Ordnung. Lungen gesund, Kräftezustand und Allgemeinbefinden gut.

Gestorben, 21 Jahr alt, am 27. Dec. 1893 in Königsberg an den Folgen einer Operation, wahrscheinlich durch ein intercurrentes Erysipel.

Fall 13 und 14.

Mutter und Grossmutter von Trude Skystams (Fall 25) aus Karkelbeck.¹⁾

Die Mutter Annicke Skystams, geb. Roga ist in Karkelbeck geboren und nie von dort fortgekommen, abgesehen von Fahrten nach Memel und in die nächste Nachbarschaft. Angeblich vor drei Jahren erkrankt. In diesem Frühjahr an Puerperalfieber gestorben. Geschwister der Mutter angeblich gesund; Mann und Kinder ebenfalls, eine Tochter (Fall 25) leprös.

Die Grossmutter mütterlicherseits, geboren in Gibbichen-Peterdicht an der russischen Grenze, ist aber erst längere Zeit, nachdem sie von dort nach Karkelbeck geheiratet hatte, in K. an Lepra erkrankt und — angeblich — nach dreijähriger Krankheit gestorben.

Fall 15.

Jacob Joneleit, aus Dwielen. Wirtsohn. Erkrankt 1886. Unverheiratet. Eltern nicht leprös; Vater 1895 gestorben. Vier Schwestern und fünf Brüder, davon einer (Fall 16) leprös.

(R.) Stirn und Nacken frei. Augenbrauen und Wimpern fehlen. Sehr viele grosse Knoten unter der Haut der Wangen. Nasenknorpel atrophiert (ohne Geschwürsbildung), gleichsam lappig und, indem sie sich falten, verdecken sie die Nasenöffnung. Am Kinn ulcerierte Knoten. Lippensaum oben und unten

¹⁾ Karkelbeck, auf der Karte nicht vermerkt, ist ein am Ostseestrand eine Meile lang sich hinziehendes Fischerdorf, etwa in der Mitte zwischen Melnerragen und Polangen (Kurland) liegend.

ulceriert. Papeln auf der Zungenoberfläche. Rumpf frei, ebenso die Arme; nur die Hände sind geschwollen, Finger in Klauenstellung; Fingerkuppen geschwürig. Haut an den Beinen atrophisch (im Ganzen sind letztere abgemagert), schilferig an einzelnen Stellen ulceriert, anaesthetisch. Heiserkeit, Dyspnoe; keine Tuber culose; keine Syphilis.

Gestorben, 28 Jahre alt, am 21. Juni 1895.

Fall 16. (Taf. I, Fig. 2.)

Wilhelm Joneleit, aus Dwielen, Bruder des Vorigen. Lebt jetzt, 27 Jahre alt, bei dem kürzlich verheirateten älteren Bruder. Hat meist zu Hause Landarbeit getrieben. Auf näheres Befragen giebt er zu, dass er sowohl wie der verstorbene Bruder sich viel auf russischer Seite (Dwielen liegt nur zehn Minuten von der Grenze) aufgehalten habe. Wahrscheinlich haben beide Brüder viel geschniegelt. Kam 1890 nach Memel in ein Infanterie-Regiment, wurde am 9. März 1893 wegen Anschwellung der Beine in das Militärlazareth aufgenommen, am 26. März geheilt entlassen, 25. Juni wieder ins Lazareth geschickt. Anfang Juli wurde bei ihm Lepra constatiert. Am 9. August 1893 aus dem Militärdienst entlassen. Beim Militär erhielt er viel Jodkali, das ihm aber nicht gut bekam und auf die Krankheit keinen Einfluss hatte. Ferner wurden mehrere Knoten an den Schenkeln mit Carbolinjectionen behandelt, worauf dieselben sich erst entzündeten, dann aber einfießen, zum Teil vereiterten und mit Hinterlassung von Narben verschwanden.

In den letzten beiden Jahren hat die Krankheit nur wenige Fortschritte gemacht. Einige grössere Knoten an den Füssen sind spontan verschwunden, hie und da sind kleinere neu aufgetreten. Pat. klagt über viel Pollutionen und Abnahme des Geschlechtsbedürfnisses, sowie über allgemeine Kräfteabnahme, Müdigkeit und Unlust zur Arbeit.

(R.) Gesicht etwas gedunsen. In der Gegend des Augenbrauenbogens und an der Nase eine weiche, diffuse Infiltration. Augenbrauen und Cilia fehlen, sonst im Gesicht einzelne kleine rötliche Papeln. Am Eingang der linken Nasenöffnung ein kleines ulceriertes Knötchen; tiefer in der Nase scheinbar Schwellung (schnüffelnde Respiration). Augen und Kehlkopf nicht erkrankt. An der Streckseite der Arme viele bräunliche Flecken. Knötchen von Erbsengrösse und etwas darüber. Hände geschwollen; Geschwulst nicht eindrückbar. Auf dem linken Handrücken warzenartige Knötchen; auf dem rechten sehr viele grössere und kleinere elastische Knötchen. Letztere auch in den Kniekehlen, zum Teil ulceriert. An den Oberschenkeln vereinzelt einige Knötchen; beide Unterschenkel zeigen ein mittelstarkes, nicht eindrückbares pralles Oedem, ebenso die Füsse. An letztere wenige Knötchen, aber viele grosse subcutane Knoten. Alle Knoten und deren nächste Umgebung anaesthetisch. Lungen gesund. Allgemeinbefinden und Kräftezustand gut. Nie Syphilis gehabt.

Status den 19. März 1896. Zahlreiche kleine, bis höchstens halberbsengroße Knötchen auf der bräunlich pigmentierten Stirn, ein grösserer Knoten auf dem linken Augenlid. Augenbrauen und Cilia fehlen. Gesicht rot, gedunsen. Hier und da fühlt man in der Haut leichte, flache Infiltrate.

Hals und Nacken zeigen ein ringsherumgehendes breites Band hellbraun pigmentierter lichenoider Flecker und flacher Knötchen. An den Mammiae ebenfalls lichenoide und grössere, der Pityriasis versicolor ähnliche, gruppenweise angeordnete Pigmentflecke. Am Abdomen verstreut flache, wenig prominierende nicht verschiebbliche Infiltrate; die Haut darüber nicht pigmentiert.

Ebenso wie der Rumpf sind auch die Extremitäten von solchen lichenoiden Pigmentflecken in grossen Gruppen übersät; dazwischen finden sich vereinzelt linsen- und überlinsengroße kupferbraune, hellbraune, oder gelbe und rosaschimmernde leicht prominierende Knoten. Am linken Handgelenk und weiter nach dem linken Vorderarm zu sind die Knoten grösser, zu Gruppen angeordnet. Am linken Oberarm ein grosses flaches Infiltrat. Auf beiden Ellbogen mit weisslichen Schuppen bedeckte flache Plaques, von echten Psoriasis papeln nicht zu unterscheiden.

An den Oberschenkeln zahlreiche Narben von ulcerierten und (durch Carbolinjection s. o.) zerfallenen Knoten herrührend; zahlreiche flache cutane Infiltrate, erbsen- bis markstückgross. Zwischen diesen vereinzelt erbsengroße warzige und bucklige, prall hervortretende rote und bräunlichrote, derb

elastische Knoten. Zwischen ihnen treten die Follikelmündungen wie beim Lichen pilaris, aber leicht pigmentiert, über dem Hautniveau hervor.

Beide Unterschenkel zeigen ein pralles Oedem, das auf den Waden eben noch eindrückbar ist, weiter unten steinharte Resistenz besitzt. Letztere wird zum Teil auch durch grosse flache, nicht mehr verschiebbliche Narben bedingt. Die Fussrücken sind leicht geschwollen, die Geschwulst ist eindrückbar. Keine Knoten! (s. o.)

Kolossal stark geschwollene Femoral-, Inginal- und Cubitaldrüsen.

Die Sensibilität ist an den oberen Extremitäten ein wenig vermindert, an den unteren zwar erhalten, aber doch wesentlich herabgesetzt. Das gilt namentlich für die Temperaturempfindung, während die tactile Sensibilität noch verhältnismässig am besten erhalten ist. Rumpf, Oberarm und Oberschenkel zeigen keine Sensibilitätsstörung. Nervenverdickungen sind nicht fühlbar, die Nervenstämmen auf Druck nicht empfindlich. Muskelatrophien sind nicht vorhanden.

Auf dem harten Gaumen 2 erbsengrosse prominente Knoten von gleicher Färbung wie die übrige Schleimhaut des Gaumens; flache Infiltrate auf der hinteren Pharynxwand. Auf dem Zungenrücken links nach der Zungenwurzel zu ein prominenter Knoten, ein noch grösserer auf der hinteren Fläche der Epiglottis. Die Stimmbänder sind frei.

Am Nasenflügel links gerade an der Uebergangsstelle von Haut zu Schleimhaut ein erbsengrosser schorfbedeckter Knoten. Weiterhin auf dem Septum, namentlich auf dessen linker Fläche mehrere flachgebuckelte Knoten. Die Nasenschleimhaut ist im Ganzen ziemlich stark geschwollen, hie und da Erosionen und flache mit Krusten bedeckte Ulcera. Die Nasenrespiration ist erschwert, schnüffelnd.

Fall 17.

Johann Schuischil, 31 Jahr alt. Streckenarbeiter aus Pipirren-Jacob.

Hat als Knecht in verschiedenen Dörfern des Kreises gedient, seit 1888 in Pipirren-Jacob (3 Kilom. von der russischen Grenze). Selbst nie in Russland gewesen (?), hat aber viel mit Russen in Kneipen verkehrt und oft gemeinsam mit ihnen aus einer Schnapsflasche getrunken. Als uneheliches Kind weiss er nichts von seinem Vater; Mutter lebt und ist gesund, ebenso 3 Halbschwestern. Seit 1890 verheiratet, Ehefrau gesund, ebenso das 4 Jahr alte Kind. Krankheit besteht seit 1892, begann mit Auftreten von Knoten auf der Stirn.

(P.) Knoten an der Stirn, im Gesicht, an der Streckseite des Unterarms und der Hände, am linken Bein. Ulceration am harten Gaumen.

(R.) Im Gesicht 2 stark intumeszierte Stirnfalten, zerstreut viele grössere und kleinere Knoten bis zu Papeln von Stecknadelknopfgroesse herab. Rumpf frei. An den Streckseiten der Gliedmassen viele grosse und kleine Knoten. Schleimhäute frei (?). Anaesthesia nur auf den Falten. Nie syphilitisch gewesen. Innere Organe gesund, Kräftezustand gut.

(N.) Stat. 18. XII. 94. Facies leonina. Ueber den Augenbrauen dicht an einanderliegende bis haselnussgrosses Knoten mit unverletzter, glatter Oberfläche, von breiiger Consistenz.

An beiden Unterarmen, namentlich an den Streckseiten reichliche unregelmässig zerstreut stehende, bis haselnussgrosses Knoten, von denen einige oberflächliche Krustenbelag zeigen. Rumpf frei. Oedema circa malleolos, an den Unterschenkeln zerstreut spärliche Knoten.

Am Uebergang des harten und weichen Gaumens 2 stecknadelknopfgroesse, 3 mm von einander entfernte pustelartige Knötchen, die sich scharf gegen die gesunde Umgebung abgrenzen. Auf der rechten Seite des Septum narium 2 neben einander liegende, teils mit Krusten bedeckte, leicht secernierende Knötchen. Larynx frei.

An Unterarmen und Händen herabgesetzte Berührungsempfindlichkeit, Schmerz- und Temperaturempfindung scheinbar nicht gestört. An den unteren Extremitäten Kälteempfindung deutlich herabgesetzt. Störungen der Motilität nirgends nachweisbar, Patellarreflexe lebhaft. Potenz unvermindert, Allgemeinbefinden gut.

1895. Jan.-Febr. mit Tuberkulin behandelt.

23. V. In den Lungen R. H. O. abgeschwächtes Athmen, kein Rasseln, Percussionsschall kürzer als links. Die Ulcera im Mund gehen auf Aetzung mit Ac. nitr. pur. oder 10 pCt. Chroms.-Argentumstift allmählich zurück.

15. VII. Die Ulcera in der Nase anscheinend kleiner, die ausgedehnten narbigen Verwachsungen links unverändert. Am Gaumen grosse Ulcerationen. Eine kleine neue Ulceration an der Hinterfläche der Uvula. Starkes Oedem der Epiglottis; am Stiel der Epiglottis nebeneinander ein grosses und ein kleines Infiltrat. Ferner eine infiltrierte Stelle neben dem vorderen Winkel der beiden Stimmbänder. Im linken äusseren Gehörgang ebenfalls ein Infiltrat. Trommelfell getrübt, vom Hammer nur der Stiel sichtbar.

15. VIII. Husten geringer. Lungenbefund unverändert.

22. IX. In den letzten Nächten starke Schweiße; hohe Temperaturen auf Jodkalidarreichung.

10. X. Gewichtszunahme.

10. XI. Blutblase am Vorderarm (kein Trauma), Sekret enthält zahlreiche Bacillen.

1896. Geschwüre am Gaumen breiten sich aus. Temperaturerhöhung bis 39,0 R. H. U. saccad. Athmen, bronchiales Exspirium, L. H. U. feuchtes Rasseln. Allgemeinbefinden schlecht.

16. I. Deutliche Atrophie in den unteren Portionen des mittleren Pectoralis, im Serratus anticus und anderen Schulterblattmuskeln, im Biceps. Erhöhte Patellarreflexe, Verdickung fühlbarer Nervenstämmen.

21. II. Neuer grosser weicher Knoten am linken Handgelenk. Die Incision ergibt eine markige Masse, ein eiterähnliches, kaum stecknadelknopf-grosses Flöckchen, darin massenhaft polynukleäre Leucocyten und Leprabacillen.

22. III. Am Rachendach 2 neue Ulcera, mit unterminierten Rändern, die später confluieren. Sämtliche Ulcera öfters nach Boeck gepinselt, sind am 5. V. 96 ausgeheilt.

Fall 18—21.

4 Kinder der Fischerfamilie Masla in Melneraggen bei Memel. Die Eltern leben beide am Ort und sind gesund und kräftig. Von 17 Kindern sind 11, meist in jungen Jahren gestorben. Von den 6 lebenden ist der älteste, ein 33 jähriger Sohn (Fall 18), leprös, z. Z. in der Breslauer Universitätsklinik für Hautkrankheiten, folgt eine gesunde Tochter, Dienstmädchen in Königsberg, eine 19 jährige Lepröse (Fall 10) im kgl. Institut f. Infektionskrankheiten zu Berlin, die 4te 17jährige ist gesund, dient in Melneraggen, 5. und 6. ein 15 jähriges Mädchen und ein 12 jähriger Knabe (Fall 20 und 21), leben noch bei den Eltern. Ferner lebt bei den Eltern ein unehel. Kind einer Tochter. Alle Familienmitglieder wohnen in einem kleinen Zimmer eines Mietshauses, in dem noch mehrere andere Familien wohnen. Die Hausgenossen sind, soweit ich sie gesehen, gesund. (Ein kleines Kind hatte eine Bronchopneumonie.) — Zuerst soll die ältere Tochter erkrankt sein; doch sind die Angaben über den Beginn der Erkrankung nicht ganz zuverlässig. Die ganze Familie liegt dem Fischereigewerbe ob, welches sie bis an die, wenige Kilometer entfernte russische Grenze führt. Auch sind Berührungen mit kurischen Fischern nicht selten.

Fall 18.¹⁾

Jürgen Masla, Fischersohn aus Melneraggen bei Memel, 33 Jahr alt. Vom 1.—10. Jahr bei den Eltern, vom 10.—12. bei seinem Onkel in Bajohr-Metzko (an der russischen Grenze), dann wieder zu Hause bis zum 23. Jahr als Fischer. Dann 1886—88 bei der 1. Matrosen-Division in Kiel, hat grössere Reisen nie gemacht, nur einmal bis Helgoland. Von 88—91 wieder bei den Eltern. In dieser Zeit kam er in einer Kneipe an der Grenze viel mit russischen Schmugglern zusammen, hat auch mit ihnen aus einer Flasche getrunken. 1893 verheiratet, Frau und ein Kind gesund, lebt noch bei ihren Eltern auf der Schmelz bei Memel. Die ersten Anfänge seiner Krankheit, weissliche

¹⁾ Siehe auch Fr. Westberg, 2 Fälle von Lepra. Neisser's Stereoskop-Atlas, Taf. LXIV.

Flecke am Halse, kurz nach seiner Militärzeit; an derselben Stelle im Sommer 89 kleine Knoten und ebensolche Flecken wie am Hals nunmehr am rechten Vorderarm; 1 Jahr später an demselben Arm auf derselben Stelle kleine mittelweiche Knoten. Sommer 92 in gleicher Weise am linken Arm; 1 Jahr später erkrankte Gesicht und Stirn; doch sind letztere aufangs blau und dann erst verdickt, resp. von Knoten befallen worden. Die jetzt bestehenden Knoten entwickelten sich dann ziemlich schnell im Verlauf von kaum $1\frac{1}{2}$ Jahren, so am Rumpf und Beinen. Sommer 93 bemerkte Pat. zum ersten Mal Störungen der Nasenatmung.

Status (N.W.). Pat. kräftig gebaut, gut genährt und frischen Geistes. Gesichtsfarbe auf und zwischen den Knoten tiefblau, cyanotisch. Die Partie von der Haargegend bis zur Nasenwarzel wulstig hervorspringend durch dicht nebeneinander gelagerte, stecknadelknopf- bis linsengroße, teils flache, teils kugelig prominierende Knoten. Die Knoten haben eine glatte, mattglänzende Oberfläche und bläulich-bräunliche Färbung, sind nirgends exulceriert und zeigen meist weiche Consistenz.

Oberhalb der mit Knoten besetzten Partie ist die Stirnhaut dünn, nicht gewulstet, links bläulich-braun gefärbt, rechts auffallend pigmentarm. In der Schläfenregion beiderseits, auf Wange, Oberlippe und am Kinn (Pat. ist ganz bartlos), an Vorder- und Seitenfläche des Halses spärlich zerstreute, bis erbsengroße Knoten, condylomartig aufsitzend; grössere Knoten vorn am Hals; wenige ganz kleine im Nacken.

In der Regio mediana colli eine markstückgroße, etwas pigmentarme Hautstelle, rings von Knötchen umgeben (nach Angabe des Kranken die Stelle, wo die Krankheit sich zuerst manifestiert hat). Ohrläppchen beiderseits, ebenso die haarfreie Haut hinter den Ohren dicht mit Knoten besetzt.

Auf den Schultern beiderseits bis linsengroße, zum Teil auch bläulich gefärbte Knoten. Zwischen denselben hellbraune, kaum das Niveau der Haut überragende, vielfach nicht scharf abgegrenzte Flecke, welche wie in ganz leicht infiltrierte Haut eingelagert erscheinen; dieselben Flecke reichlich an der Brust, wo zwischen ihnen normale Haut und spärliche Knötchen. Am Bauch vereinzelte flache bräunliche Knötchen.

An der Oberextremität liegen die Knoten hauptsächlich an der Streckseite, dichter gesät und auf Streck- und Beugeseite verteilt an der Unterextremität. Rücken- und Inguinal-Gegend ganz frei, fast ganz die Kniebeugen, während an der Streckseite des Kniegelenks die Haut rauh, derb infiltriert und schuppig, mit kleinen und grösseren Knötchen besät ist. An der Streckfläche des rechten Fussgelenks ganz vereinzelte Knoten, ebenso an der Dorsalfläche des rechten und an der Plantarfläche beider Füsse. Harte, aber kleine Inguinal-, Crural- und Axillar-Drüsen.

Am harten und weichen Gaumen reichliche, und an der Uvula einzelne ziemlich tiefe, graugelblich belegte, circa erbsengroße Ulcerationen mit scharfen, etwas unregelmässigen Rändern. An der Epiglottis ein kleines Knötchen. Larynx sonst frei.

Nase: Am knorpeligen Septum beiderseits und an den Seitenrändern, entsprechend den Nasenflügeln einzelne, flache, mit übelriechender Borke bedeckte Ulcerationen. Nasenatmung erschwert.

Augen und Ohren intact.

Berührungsempfindung kaum wesentlich herabgesetzt an den dorsalen Teilen der Unterarme, und vom unteren Drittel der Oberschenkel nach abwärts, nach unten hin zunehmend. Störung der Schmerzempfindung etwa in demselben Bereich fällt bis auf einen Punkt in der Mitte des linken Oberschenkels, wo hochgradige Analgesie gerade auf einem Knoten und in dessen nächster Umgebung besteht, nicht immer mit der Verteilung der Knoten zusammen; an den Unterschenkeln so beträchtliche Herabsetzung der Schmerzempfindung, dass tiefe Nadelstiche nur als warm und nicht als Stiche empfunden werden.

Temperaturempfindung in gleichem Masse, jedoch am linken Unterschenkel stärker als rechts herabgesetzt.

Ueber den stärkeren Knoten stets erhebliche Herabsetzung der Sensibilität, auch wo dazwischen die Hautempfindung sonst normal; die pigmentarmen Partien an der Stirn zeigen normale Sensibilität.

Reflexe normal, keine Ataxie, keine Muskelatrophie.

Leprabacillen in dem Secret exulcerierter Knoten, im Blut aus der Fingerkuppe, sowie — freilich sehr vereinzelt und nur in 3 Präparaten im Blute des Vena cubitalis (mittels einer Pravazspritze entnommen).

Nach Tuberculininjectionen allgemeine, aber keine Lokalreaction, kein Aufschiessen neuer Knoten. Pat. ist zur Zeit noch auf der Neisser'schen Klinik; nach den mir vorliegenden Photographien hat — namentlich im Gesicht — die Zahl der Knoten neuerdings sehr abgenommen.

Fall 19.

Catryne Masla, Schwester des vorigen. 19 Jahre alt. Die Krankheit besteht angeblich schon seit 1886 oder 1887, d. h. früher als bei dem Bruder, z. Z. wo derselbe noch kein Militär war. Begann mit roten Flecken an den Unterschenkeln, aus denen sich dann Knoten entwickelten. Krankheit allmälig fortgeschritten, 1892 Knoten im Gesicht, seit 1893 schnellerer Fortschritt des Krankheitsprocesses.

(R.) Das ganze Gesicht mit Ausnahme der oberen Stirnhälfte dicht besät mit hellbräunlichen kugligen Knoten von der Grösse einer Haselnuss und darüber; einige confluieren, einige sind ulceriert. Keine diffuse Infiltration oder Faltenbildung. Schleimhäute frei (Pindikowski hatte jedoch vermerkt: Tubera am Gaumen). An der Extensorenfläche der Arme und am Rücken der nicht geschwollenen Hände viel grössere Knoten; noch zahlreicher sind sie an den unteren Gliedmassen, zum Teil mit Zerfallsgeschwüren, die dicke Borken bedecken. Anaesthetisch sind nur die Knoten, innere Organe incl. Lungen gesund. Nie syphilitisch gewesen.

(W.) Massenhafte Knoten, über den ganzen Körper symmetrisch angeordnet, auf beiden Seiten fast ganz gleichmässig verteilt. Am Rumpf und Oberarm in einer Art Netzform „genau dem Verlauf der Hautnerven entsprechend angeordnet.“¹⁾

Das Gesicht zeigt eigentlich keine Facies leonina. An der Stirn hellrote frische Knoten; die Haut dazwischen nicht normal, straff verdickt und braun pigmentiert, zum Zeichen, dass hier früher lepröse Infiltrate sassen, die indessen zurückgegangen sind. Augenbrauen fehlen völlig. Der behaarte Kopf frei. An Unterschenkeln und oberen Extremitäten eine Menge Knoten, die zum Teil jetzt vernarbt sind. Die Extremitäten sind fast ganz anaesthetisch für Tast- und Wärmesinn. Am harten und weichen Gaumen, sowie im Kehlkopf lepröse Infiltrate.

An den inneren Organen weder durch physikalische, noch durch mikroskopische und chemische Untersuchungsmethoden Veränderungen nachweisbar. Temperatur normal.

Pat. ist zur Zeit noch im Institut für Infectionskrankheiten. Die Krankheit schreitet langsam vorwärts. Stärkere Zunahme der leprösen Infiltrate im Larynx, welche totale Aphonie und starke Dyspnoe verursachen, so dass vor einigen Monaten die Tracheotomie erforderlich wurde. Nach Jodkali sind, wie mir Dr. Wassermann mitteilt, die bei Lepra nach Joddarreichung oft zu beobachtenden Temperaturerhöhungen aufgetreten.

Fall 20. (Taf. II, Fig. 4 u. 5.)

Ilse Masla, Schwester der vorigen. 15 Jahre alt. Pat. ist bisher aus ihrem Heimatdorf und der nahen Stadt Memel nicht herausgekommen. Von ihrer Krankheit weiss sie nichts, fühlt und glaubt sich vielmehr völlig gesund. Weisse Flecke am Körper (s. u.) habe sie schon in früher Jugend beim Baden beobachtet. Seit etwa 1½ Jahren vermag sie Hendenknöpfe und Kleiderhaken nicht mehr so geschickt zuzumachen wie früher. Ihr ist ferner aufgefallen, dass die mannigfachen Brandwunden, die sie sich beim Kochen am Herde zuzog, kaum schmerzten. Während sie auf der Ofenbank dicht am Ofen schlief, hat sie sich am Ellbogen und Knien wiederholt schwere Brandwunden zugezogen, ohne etwas zu merken. In der Schule hat sie — freilich erst im letzten Schuljahr — beobachtet, dass Schläge mit dem Lineal auf die Finger

¹⁾ Vergl. hierzu: Ein Fall von Naevus linearis unius lateris. Von Dr. A. Alexander u. A. Blaschko. Diese Zeitschr. Bd. II, pg. 344 u. 361.

und Handfläche nicht schmerzten. Die linke Hand habe jedoch noch mehr Empfindung gezeigt als die rechte. — Pat. ist seit 1 Jahr aus der Schule, hat aber auch schon während der Schulzeit dem Vater beim Fischfang geholfen, oft stundenlang, selbst im Winter mit blossen Füßen im Wasser gestanden und mit zugegriffen. Mit Ausländern ist sie wenig zusammengekommen — höchstens mit ein paar russischen Juden, die ihr den gefundenen Bernstein abgekauft haben.

Status den 15. April 1896. Die Kranke ist für ihr Alter hoch aufgeschossen, kräftig und elastisch gebaut; Brüste gut entwickelt. Seit 1 Jahr menstruiert. Muskulatur und Fettpolster gut ausgebildet.

Brust und Bauchorgane gesund, Appetit gut. Urin hellgelb, klar, ohne Eiweiss und Zucker.

Lippen- und Wangenschleimhaut gut gerötet, Zunge nicht belegt, Hals- und Rachenorgane normal, Stimme laut und rein. Zähne gut entwickelt, stehen regelmässig.

Gesichtsfarbe leicht gebräunt; die Gesichtshaut schuppt leicht und fühlt sich rauh an. Gesichtsausdruck lebhaft und intelligent. Auf der rechten Schläfe eine 1 cm lange Narbe, eine zweite $\frac{1}{2}$ cm lange parallel der linken Augenbraue. Parallel den gut ausgebildeten Brauen direkt an der Haargrenze zwei seichte Furchen, die dem Gesicht einen eigentümlichen Ausdruck verleihen.

Beide Gesichtshälften sind symmetrisch, die Oeffnungen und Nasenlöcher beiderseits gleich.

Die Augen liegen etwas tief, doch ist der Blick frisch und lebendig. Die Conjunctivae sind blass, liegen dem Bulbus an. Sehkraft beiderseits gut. Die Bewegung der Bulbi erfolgt regelmässig und prompt nach allen Richtungen hin. Pat. vermag zwar beide Lider zu schliessen, doch ist es ihr nicht möglich, dieselben zusammenzukneifen. Dazu aufgefordert, verzerrt sie etwas das Gesicht, ohne aber einen kräftigen Lidschluss herbeiführen zu können. Es gelingt vielmehr leicht, den Widerstand, welchen die Lider der passiven Oeffnung durch den Finger entgegensetzen, zu überwinden.

Die mimische Gesichtsmuskulatur zeigt keine Funktionsstörungen. Pat. vermag die Stirn zu runzeln, zu lachen, den Mund zu verzieren etc.; selbst feinere Gesichtsausdrücke, wie Scham und Verlegenheit, kommen bei ihr gut zum Ausdruck. Tast-, Temperatur- und Schmerzsinn scheinen im Gesicht nicht gestört; allerdings kann sie nicht jedesmal Nadelspitze und Knopf prompt unterscheiden.

Ohrmuscheln und -Läppchen nicht verdickt. Im Gehörgang und am Trommelfell nichts Abnormes. Hörfähigkeit gut. An Nase und Geruchsanorganen nichts Krankhaftes.

An beiden Händen fällt auf den ersten Blick die starke Atrophie der Muskulatur auf, an welcher sich namentlich der Hypothenar, der Thenar und die Mm. interossei beteiligen. Durch den Muskelschwund treten die einzelnen Handknochen, namentlich der Mittelhand, stark hervor. Beiderseits zeigen die Hände ferner eine eigentümliche Stellung der Finger, bei ausgestreckter Hand sind diese gespreizt, im Metacarpophalangealgelenk hyperextremiert, im I. Phalangealgelenk dagegen flektiert. Es gelingt zwar passiv, die Finger auseinander zu legen und gerade zu strecken; mit nachlassendem Druck schnellen sie aber wieder in ihre frühere Stellung zurück. Diese eigentümliche Haltung der Finger in Verbindung mit der atrophen Mittelhand, den starken Vorspringen des Metacarpal-Köpfchen gibt den Händen ein krallenförmiges Aussehen.

Die Hant an Ober- und Vorderarmen fühlt sich weich und elastisch an; die Farbe ist leicht bräunlich. — An beiden Ellbogen, dem Oberarm entsprechend, befindet sich eine etwa thaler grosse, halbkugelförmig prominierende narbige Verdickung, die von glanzender dünner, von einigen Furchen durchzogener, dunkelpigmentierter Haut bedeckt ist. An der Aussenseite beider Vorderarme mehrere grössere breite Narben, die zum Teil eine Ausdehnung bis zu 2—3 cm haben, angeblich von Verbrühung mit siedendem Wasser, vom Ansengen am glühenden Ofen herrührend. Die Verdickungen (Narbenkeloide) an den Ellbogen röhren zum Teil auch von Verbrennungen her, zum Teil von Stössen und Geschwüren, die sich dort abwechselnd gebildet haben.

Ueber dem 4. Metakarpalknochen eine kraterförmige, etwa 5 Pfennigstück grosse Ulceration mit stark verdicktem, callösen Rande. Eine gleiche Ulceration findet sich in der Innenfläche der rechten Hand, dem Os pisiforme entsprechend. Die Vola manus beiderseits mit starken Schwieien versehen, die von spärlichen, aber tiefen Furchen durchzogen sind. Die Haut über den Metacarpo - Phalangealgelenken ist gerötet und verdickt. Es fehlt jede feinere Hautfelderung. Die Finger laufen nach vorn spitz zu; von der Fingerbeere ist die Zeichnung der Riffe und Furchen verschwunden; die Haut ist glatt und verdünnt. Die Nägel zeigen nur am Grunde normale rötliche Färbung; der obere — distale — Teil ist gelblich verfärbt. Der Grenze der beiden Färbungen entspricht eine mehr weniger stark ausgebildete, nach oben zu concave, quer verlaufende Furche.

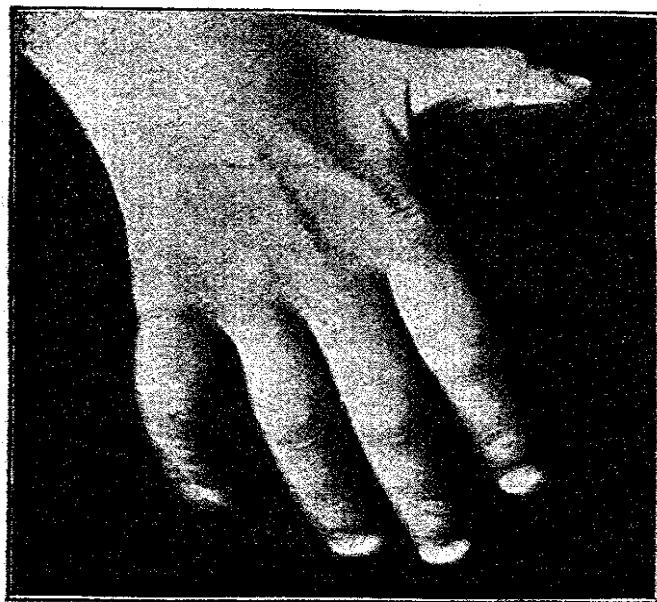


Fig. 2.

Rechte Hand von Ilse Masla. Der Muskelschwund ist noch massigen Grades und wird namentlich zwischen I und II, sowie zwischen II und III Metakarpalknochen deutlich. Der kleine Finger ist stark gekrümmmt. (Beginnende Klauenstellung.)

Die rohe Kraft ist in beiden Armen vorhanden. Patientin vermag schwere Gegenstände ohne Anstrengung zu heben und zu tragen. Auch der Händedruck ist kräftig. Die Handschrift umgelekt, aber gut und deutlich. Feinere Handarbeiten, wie Nähn und Stickn fallen der Pat. hingegen schwer. Gegenstände wie Messer, Schlüssel, Ein- und Zweimarkstücke vermag sie prompt zu unterscheiden; doch lässt sie oft Gegenstände aus der Hand fallen.

Sensibilitätsstörungen sind an der oberen Extremität beträchtlich. Bis zur Mitte der Vorderarme herauf werden leichte Berührungen und Pinselstriche nicht gespürt, weiter aufwärts werden Pinselstriche und Nadelstiche manchmal gespürt, aber nicht immer richtig ausgegeben. Die Schmerzempfindung ist beiderseits bis zum Ansatz des M. Deltoides aufgehoben. Selbst tiefe Nadelstiche werden nur als Berührung empfunden. Die an verschiedenen Tagen gefundenen, bei der Prüfung gewonnenen Resultate sind nicht immer die nämlichen; die Grenze der tactilen Sensibilität rückt manchmal bis über die Ellbogen. Auch findet man manchmal, namentlich an der Innenfläche der Oberarme, circumscripte Stellen, die bei Nadelstichen stark schmerhaft sind, während an anderen Tagen dort keine Schmerzempfindung statthat.

Die Temperaturrempfindung ist beiderseits selbst für erhebliche Temperaturdifferenzen aufgehoben, an einzelnen Tagen bis zur Handwurzel, an anderen bis zum Ellbogengelenk herauf. Will Patientin wissen, was heiss und kalt ist, so hält sie die berührte Hautstelle an die Wange und weiss dann sofort das Richtige anzugeben.

An den Unterschenkeln ebenso wie an den Füßen besteht keine Atrophie, keine Lähmung. Die Stellung der Füsse und Zehen ist normal. Alle Bewegungen im Knie-, Fuss- und den Zehengelenken werden prompt und ergiebig ausgeführt.

Die Haut an den Fusssohlen ist gleichmässig und sehr stark verdickt; sie fühlt sich trocken und hart an. Die feineren Furchen fehlen, hingegen ist die harte Epidermis von grösseren tiefen Furchen durchzogen, namentlich an den Zehengelenken und am äusseren Fussrande, dem Tuberc. metatarsi V. entsprechend. Die Haut am Fussrücken ist gebräunt, aber sonst weich und von normaler Felderung. Die Unterschenkel bis zu den Knien sind ebenfalls gebräunt und gerötet. Die Haut ist glatt, glänzend, sehr spröde und trocken, zum Teil mit feinen weissen Schüppchen bedeckt. Die Hautfelderung tritt deutlicher als in der Norm hervor.

Auch an den unteren Extremitäten findet sich, wenn auch weniger ausgesprochen als an den oberen, eine Herabsetzung der drei Gefühlsqualitäten.

An beiden Unterschenkeln, namentlich an der Aussenseite, mehrere kleine leicht erhabene Knötehen von bräunlichem Colorit, die von der Umgebung ziemlich scharf abgrenzbar sind. Sie sind hirsekorngross und fühlen sich derb elastisch an. Unter Infiltrationsanästhesie (Schleich) werden am rechten Unterschenkel aussen zwei linsengrosse, dicht nebeneinander liegende Knötehen exstirpiert, die bei mikroskopischer Untersuchung sich als lepröse Zellwucherungen mit reichlichen Leprabacillen erweisen. Auch die anscheinend normale Haut der Nachbarschaft enthält, wenn auch in geringerer Menge, Leprabacillen.

Multiple Drüsenschwellungen.

Der l. N. ulnaris ist oberhalb der Cubitalfurche als spindelförmige, auf Druck leicht schmerzhafte Anschwellung deutlich zu palpieren; sonst keine fühlbaren Nervenverdickungen.

26. 4. bis 30. 4. An der Unterseite der grossen Zehe hat sich ein Abscess gebildet, nach dessen Oeffnung ein tiefer, keilförmiger, über dem Metatarsophalangealgelenk liegender, bis auf die Gelenkkapsel gehender Defect, genau der Gelenkfurche entsprechend, zu Tage tritt. Der Geschwürsgrund ist mit necrotischen Massen erfüllt, das Gewebe darunter speckig. Die Ränder sind ausserordentlich stark hornig verdickt. Das Secret enthält keine Leprabacillen.

4. 5. Unter feuchten Verbänden und Bettruhe reinigt sich die Geschwulstfläche. Langsame Heilung unter Granulationsbildung und Abstossung der verdickten Hornmassen.

8. 5. Die an der rechten Wade durch Excision der oben erwähnten Knötehen gesetzte Wunde heilt nicht per primam. Die Nähte sind durchgeschnitten. Das Wundsekret enthält keine Leprabacillen.

20. 5. An der hinteren Wade wird an anscheinend gesunder Stelle ein markstückgrosses Cantharidenpflaster gelegt. Dasselbe wird täglich erneuert, die Wunde regelmässig mit Sublimat gewaschen. Das Wundsecret enthält nie Leprabacillen.

Unter fortgesetzten Voll- und Fussbädern hat sich der ichthyotische Zustand der Unterschenkel wesentlich gemindert. Auch die Hyperkeratose der Fusssohlen hat abgenommen.

Auf der Brust hat sich rechts und links im Bereiche der vitiliginösen Flecke je ein linsengrosses, rötliches, leicht schuppendes Infiltrat, ähnlich den Knoten am rechten Unterschenkel gebildet (s. d. Photographie Taf. II); doch entwickeln sich bei längerer Beobachtung keine Knoten aus denselben; vielmehr flachen sich dieselben mit der Zeit wieder ab und scheinen unter Hinterlassung von Pigment zu schwinden.

10. 6. Acne pustulosa an der linken Labie. Das Secret enthält keine Bacillen.

20. 6. Auf dem Os sacrum hat sich — ob spontan, ist nicht zu eruieren — eine markstück grosse Erosion gebildet (Blase?), deren Secret jedoch ebenfalls keine Bacillen enthält.

25. 6. Pilocarpin ruft am Körper keine Schweißsecretion hervor; nur Feuchtigkeit in den Achselhöhlen.

Fall 21. (Taf. I, Fig. 1).

Adam Masla, 11 Jahre alt, jüngster Spross der Familie Masla.

Auch er weiss nichts von seiner Krankheit, vermag also auch von dem Beginn derselben nichts auszusagen. Er besucht noch die Schule, hilft aber schon dem Vater beim Fischfang und verrichtet bei einem benachbarten Bauer aushilfsweise Knechtsdienste. Das einzige Krankheitssymptom, das auch den Eltern aufgefallen ist, ist die Unmöglichkeit, selbst im Schlaf die Lider völlig zu schliessen.

Der Krankheitszustand ist bis in die kleinsten Details ein genaues Abbild des Symtomencomplexes, wie er sich bei der älteren Schwester Ilse findet. Auch bei ihm finden sich die vitiliginösen Flecke auf dem Rumpf (siehe Fig. 1) nur sind dieselben kleiner und zahlreicher und noch nicht confluiert, wie bei der Schwester. Auch sind dieselben weniger analgetisch. Hingegen besteht Herabsetzung der Temperaturempfindung im Bereich der Flecke. Die Haut über den Flecken ist z. T. schuppend, der Rand an einzelnen — offenbar jüngeren — Flecken etwas erhaben und minimal gerötet. Der ganze Rumpf ist von tausenden von Flohsstichen und Flohstichpetechien übersät.

An den Händen derselbe Zustand wie bei der Schwester, nur bei weitem vorgeschritten. Namentlich die linke Hand steht in volliger Klauenstellung. Bei äusserster Extension können die Finger nicht mehr wie in Fig. 3 und 4 gestreckt werden.

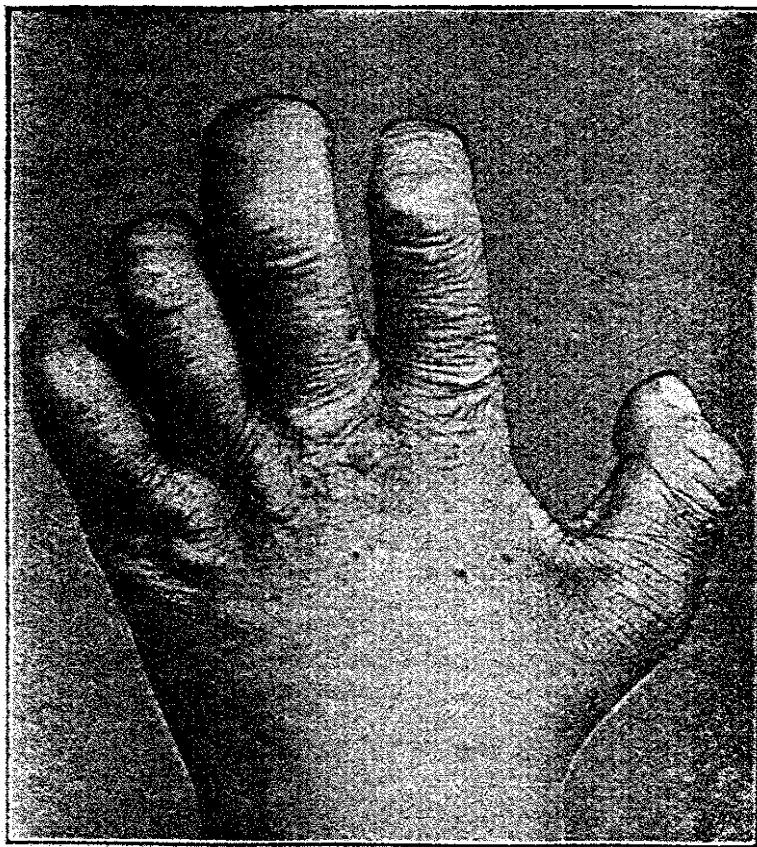


Fig. 3.

An der Fingerkuppe des linken Mittelfingers ein Defect, entstanden durch eine Verletzung, die sich der Knabe versehentlich mit dem Messer zugezogen. In der Innenhand sind zahlreiche kleinere Verletzungen. Der Zustand der Haut auf dem Dors. manus wird am besten durch Fig. 3 gekennzeichnet.

Pinselberührung wird auf den Händen garnicht, auf den Vorderarmen schlecht, vom Ellbogen aufwärts besser empfunden. Aehnlicher Befund für

Nadelstiche, doch sind Schmerz und Temperaturempfindung — wie bei der Schwester — noch weiter nach oben herauf gestört.

Auch an den unteren Extremitäten Sensibilitätsstörungen, keine Atrophien. Grosse Narben an den Ellbogen und Knieen.

Bemerkenswert ist der Zustand der Augen. Es besteht beiderseits eine hochgradige Atrophie des inneren und äusseren M. orbicularis palpebrarum. Infolge dessen stehen die unteren Lider in beständiger paralytischer Ectropiumstellung; die Thränenpunkte tauchen nicht in das Thränenmeer, und bei einigermassen starker Secretion thränt das Auge sehr heftig. Lidschluss nicht vollkommen. Bei äusserster Anstrengung bleibt ein in der Mitte 3 mm breiter Spalt zwischen beiden Lidern. Es gelingt überaus leicht, die Lider auseinanderzunehmen. Das Auge selbst ist intact: auch die Augenbewegungen sind normal.

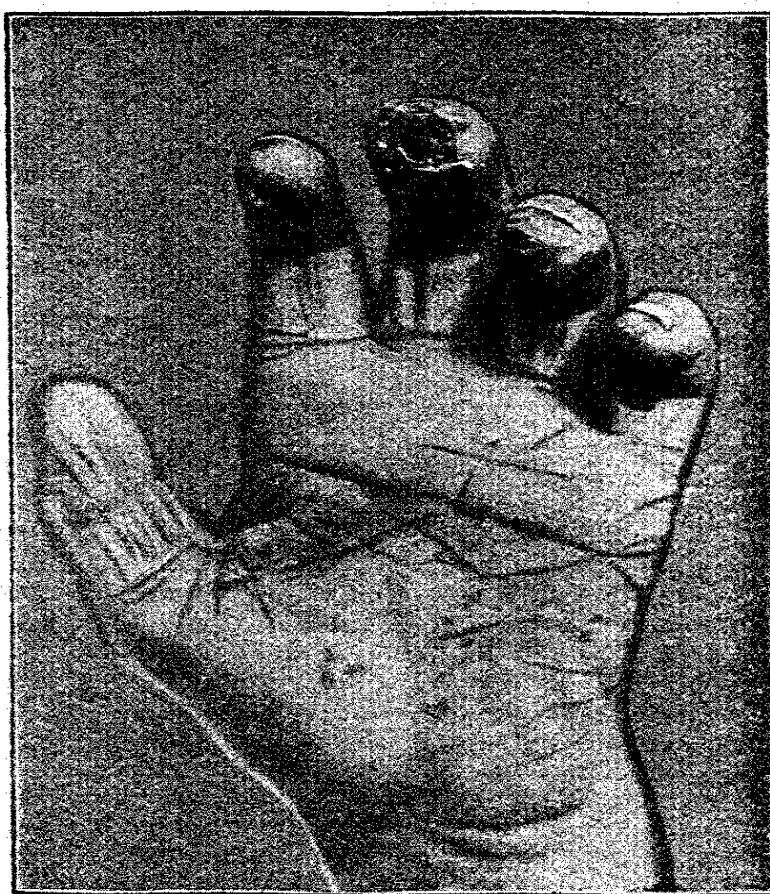


Fig. 4.

Die Gesichtszüge sind schlaff und etwas stupide, doch lassen sich keine deutlichen Atrophien in andern Gesichtsmuskeln nachweisen. Die Sensibilität im Gesicht ist völlig erhalten.

Allgemeinbefinden gut, innere Organe völlig gesund, multiple Drüsenschwellungen. Nervenverdickungen nicht palpabel.

Fall 22 (Tafel I, Fig. 4).

Marie Scheschka, Eigenkäthnersfrau aus Dittauen, 46 Jahr alt.

In Dittauen geboren; hat als Mädchen während des Sommers in Schwarzort (Badeort auf der Kurischen Nehrung) als Haussmädchen gedient. Seit 20 Jahren verheiratet, die ersten 5 Jahre im Nachbardorf Nippern, seit 15 Jahren wieder in Dittauen. Ist seitdem nie aus Dittauen heraus, in Russland oder an der Grenze gewesen, auch nicht mit Russen zusammengekommen. Angenommen vor 13 Jahren (1883) plötzlich nach einem Gewitter mit Flecken auf der Stirn erkrankt. Aus den Flecken entwickelten sich Knoten, die sie dann mit Scheidewasser weg-

gebrannt hat. Eltern sind tot, doch haben weder diese, noch Grosseltern oder Seitenverwandte an Lepra gelitten. Der Mann ist gesund, ebenso 2 Kinder, ein Mädchen von 20 und ein Sohn von 18 Jahren, die mit den Eltern zusammen leben. Das Wohnhaus enthält eine niedrige Stube nebst Kammer, in welch' letzterer die Eltern schlafen; die ganze Wohnung trägt den ekelregenden Geruch der Ozaena der Kranken. War vor 1 Jahr sehr schwach, hat sich seitdem wieder erholt.

(P.) Gesicht mit Knoten übersät, Ohrmuscheln knotig verdickt. Auf dem linken Auge, das sonst gesund, eine gelblich braune Verdickung an Stelle der Pinguecula, grenzt nach innen an die Cornea, umfasst dieselbe halbmondförmig etwa 5 cm breit, $1\frac{1}{2}$ cm hoch, überragt 1 mm die Conjunctiva, keine entzündlichen Erscheinungen. — Foetor aus der Nase, Mundschleimhaut gesund. Stimme seit 3 Jahren heiser, Hals rein, ebenso Rücken und Brust. Arme mit Flecken und Knoten bedeckt, Hände gleichmässig verdickt, Füsse und unteres Drittel der Unterschenkel geschwollen und mit einzelnen Knoten bedeckt. — Kehldeckel in der Farbe unverändert, mit kleinen Knoten bedeckt, Aryknorpel gleichmässig verdickt.

(R.) Das Gesicht zeigt keine Faltenbildung. Die rötlich-braun gefärbte Gesichtshaut ist gleichmässig infiltriert; auf ihr stehen grössere und kleinere flache Knoten, einzelne sind oberflächlich ulceriert. Augenbrauen fehlen ganz, Cilien z. Teil.

Schleimhaut der Augen, der Nase und des Mundes nicht (!) erkrankt, aber Schleimhaut des Kehlkopfes zeigt Schwellung, daher Stimme sehr heiser; viel Husten. Arme an den Extensorenflächen reich mit Knoten besetzt, ebenso Rücken der nicht geschwollenen Hände. Wenige Knoten an den unteren Gliedmassen; Unterschenkel und Füsse zeigen ein pralles Oedem. Keine Anaesthesia, (!!), auch nicht der Knoten. Innere Organe incl. Lungen gesund. Lymphdrüsen in der Inguinalgegend leicht geschwollen. Nie syphilitisch gewesen. Seit 1 Jahr grosser Kräfteverfall.

Status den 17. März 1896. Gesicht und Stirn mit zahlreichen flachen Knoten bedeckt, die zum Teil zu grossen flachen Infiltraten confluiieren (s. d. Photographie). Am Kinn eine Gruppe von stärker prominierenden Knoten. Die Farbe der Knoten ist ockergelb und braungelb, die rechte Wange mehr livid, portweinfarben. Die knorpelige Nase ist eingefallen, die Spitze wulstig aufgetrieben, etwas nach oben gerichtet. Die Ohrläppchen stark beteiligt, rechts mehr einzelne Knoten, das linke ist mehr gleichmässig infiltriert.

Kopfhaare complet. Augenbrauen und Cilien fehlen.

Arme vom Oberarm an abwärts mit grossen flachen Knoten besetzt, an den Oberarmen vornehmlich die Streckseiten, an den Unterarmen auch die Beugeseiten. Handrücken geschwollen, schwammig aufgetrieben, diffus infiltriert. Die Schwellung greift auf sämtliche ersten Phalangen über, die auf der Streckseite eine bläulich rote Färbung aufweisen. Am linken Mittelfinger ist auch die Streckseite der zweiten Phalanx erkrankt. Die Infiltration greift beiderseits am Hypothenar auf die Vola manus über; rechts nur am Hypothenar ein hervorspringende Wulst, während sich in der linken Vola multiple blaurote Knoten bis zu Kirschgrösse vorfinden. Die Farbe der Infiltrate, welche an den Händen cyanotisch ist, nimmt weiter oben einen bräunlichen und ockergelben Ton an. Wo in der Mitte des Oberarms die Knoten spärlicher werden, treten an ihre Stelle ockergelbe lichenoide Flecke oder kleinere flache, gelbbraune Infiltrate. (Nach Angabe der Pat. sind diese Flecke und Knötchen nicht Residuen alter, sondern Vorläufer neuer Knoten — aus solchen Flecken haben sich im Laufe von Jahren die grösseren Knoten entwickelt).

Der Rumpf ist an Vorder- und Hinterseite völlig rein.

Das linke Bein ist am Oberschenkel mit zahlreichen folliculären, ephelidenartigen Flecken besetzt, die über dem Knie und weiter nach unten zu confluiieren, Plaqueform annehmen und leicht prominieren. Vom Strumpfband an abwärts pralles Oedem. Die Haut zeigt eine rötlich-gelbe Färbung; an den Aussenseiten der Waden mehrere flache Ulcera, ein handtellergrosses Ulcus auf dem Fussrücken. Zahlreiche Narben auf Knie, Fussrücken und Sohlen, angeblich von Verbrennungen und Verletzungen herrührend.

Das rechte Bein zeigt ähnlichen Befund, nur fehlt das grosse Ulcus auf dem Fussrücken; ein in Vernarbung begriffenes thalergrosses Geschwür ober-

halb des Malleolus externus. Der Unterschenkel zeigt in seiner unteren Hälfte ein pralles Oedem, weiter oben zahlreiche prominierende miliare, ockergelbe Infiltrate; eine livid gefärbte Narbe auf dem Knie, lichenoide Flecke auf dem Oberschenkel.

Inguinal, Cubital und Axillardrüsen geschwollen.

Sensibilität der Arme ein wenig herabgesetzt. Pinselberührung oft gut gefühlt; Empfindung zwischen den Knoten besser als auf denselben. An Händen und Vorderarmen ist Schmerz- und Temperaturempfindung hochgradig herabgesetzt, an den Händen auch die nicht von Knoten befallenen Partien. An den Oberarmen wird Schmerz und Temperatur deutlich gefühlt. — An den Beinen sind von den Füßen bis zur Höhe der Strumpfbänder sämtliche Gefühlsqualitäten aufgehoben; Pat. fühlt weder stärkere Berührung, noch Druck oder Nadelstiche. Oberhalb des Knies besteht eine leichte Herabsetzung der Tastempfindung; Pinselberührung wird schlecht, stärkerer Druck besser empfunden, doch sind die Oberschenkel analgetisch, auch besteht Thermoanaesthesia. Die Sensibilitätsstörung reicht etwa bis zur Höhe der Trochanteren.

Augen. Links findet sich ein grosser, ockergelber, flach prominierender, stark vascularisierter Knoten, der fast die ganze laterale Seite der Conjunctiva einnimmt. Das Infiltrat geht auf die Cornea über und bedeckt fast die gesamte laterale Hälfte derselben. Das Augenninnere gesund. Rechts zeigen sich, ebenfalls in der lateralen Hälfte der Conjunctiva mehrere gelbliche Verfärbungen; in der Cornea, central und etwas lateral gelegen, weissliche fleckige Infiltrate.

Die Mundhöhle ist frei, Zähne sind gut. Der linke Arcus palato-pharyngeus zeigte eine grosse, fast seine ganze Länge einnehmende, flache Ulceration mit infiltrierter Umgebung; an der hinteren Rachenwand, in der Gegend des linken Seitenstranges, mehrere weisse Knötchen.

Nase. Das Septum cartilagineum fehlt. Die Nasenschleimhaut ist, soweit sichtbar, mit dicken Krusten besetzt. Hochgradiger Foetor.

Larynx. Der Kehldeckel ist stark infiltriert, mit zahlreichen, nicht ulcerierten, weisslich gefärbten, buckeligen Prominenzen bedeckt. Ähnliche knotige Verdickungen auf beiden Aryknorpeln. Die Stimmritze ist von vorn nach hinten stark verkürzt, etwa auf $\frac{1}{3}$ ihrer Länge reduziert. Die wahren Stimmbänder mit grossen Knoten bedeckt, die nach der Rima glottidis hervorragen. Bei der Phonation stellt diese einen kleinen dreieckigen Spalt dar mit der Spitze nach vorn, welcher sich bei Phonationsversuchen nur mässig verengt. Es besteht totale Aphonie, sowie Dyspnoe bei stärkeren Bewegungen und Versuchen zu arbeiten.

Fall 23.

Catryne Pauper, Arbeiterwitwe aus Schmelz, 63 Jahre alt.

Ist in Schmelz geboren und hat immer dort gelebt. Ist nie in Russland gewesen und ihres Wissens auch nie mit Leprakranken in Berührung gekommen. Mann vor 13 Jahren gestorben, war nicht leprös, ebensowenig Eltern, Grosseltern und Seitenverwandte. Eine nicht leprose Schwester vor 6 Jahren gestorben; andere Geschwister hat sie nicht gehabt. Ein Sohn auf See, 28 Jahr alt. Drei gesunde Töchter, von denen 2 am Ort verheiratet, die dritte, jüngste, 21 Jahr alt, mit der Mutter zusammen wohnt, in demselben Bette schläft und sie wartet. Bis vor wenigen Jahren ernährte sich die Mutter durch Verkauf von Gemüse und Geflügel auf dem Markt zu Memel. Jetzt betreibt die Tochter das Geschäft. Die Kranke wohnt mit drei anderen Familien, deren sämtliche Mitglieder gesund sind, seit Jahren in einem Hause. Sie selbst ist seit etwa 10 Jahren krank, die Krankheit begann an den Unterschenkeln, dann wurde das Gesicht ergriffen. Seit 4 Jahren ist sie total aphonisch. In den letzten Jahren zunehmende Schwäche, so dass sie jetzt ständig im Bett oder am Ofen liegt und sich nicht mehr allein bewegen kann.

(P.) Typische, knotige Lepra des Gesichts und der Ohrmuscheln, namentlich der Nase. An den oberen Extremitäten hauptsächlich die Streckseiten, besonders die Ellenbogen, befallen. Vereinzelte Knoten an der Haut der Brust; sonst Hals und Brust frei. Lepra maculosa an den Streckseiten der unteren Extremitäten; starke Schwellung der Unterschenkel. Auf dem weichen Gaumen, dem rechten Gaumenbogen, 10-Pfennig- bis Markstückgroße weissliche Defekte,

ähnlich syphilitischen Plaques. Ausgedehnte Brandschorfe am linken Arm infolge von Anaesthesia. Nachweisbar anaesthetische Stellen an beiden Armen.

(R.) Das Gesicht ist bräunlich gefärbt und hebt sich scharf ab von der oberen weissen Stirngrenze. Mehr flächenhafte als knotige Infiltrate der Gesichtshaut. Schleimhaut der Augen, Nase, Mundhöhle gesund. Kehlkopfschleimhaut etwas geschwollen. Stimme heiser, doch keine merkliche Dyspnoe. Dorsalseite der Arme röthlich braun, dicht besät mit dunkelroten Knötchen von Erbsengrösse und darüber. Hände frei, ebenso Rumpf und Oberschenkel. Unterschenkel und Füsse gleichmässig hart verdickt, ohne Knoten. Viele Varicen. Ein atonisches Fussgeschwür linkerseits. Innere Organe, inclusive Lungen, gesund. Ist nie syphilisch gewesen. Lymphdrüsen nicht merklich angeschwollen. Allgemeinzustand gut. Keine Anaesthesia.(!)

Status den 14., 16. und 23. März 1896.

Das Gesicht zeigt, mit Ausnahme eines helleren Streifens an der vorderen Haargrenze, eine eigentümliche fahle, graubraune Gesichtsfarbe. Die Stirn liegt in unregelmässigen Falten; Augenbrauen fehlen. Auch das Gesicht ist stark faltig; die Haut ist welk, mit verschiedenen derberen diffusen Infiltraten durchsetzt. Einzelne kleinere, flach aufsitzende Knötchen; keine grösseren Knoten.

Die Haut am Körper ist ebenfalls welk und atrophisch, namentlich an den Händen, deren Hautbedeckung von zahllosen Falten durchzogen ist.

An den Armen grössere und kleinere flache cutane und subcutane Infiltrate, auch einzelne Knoten. Ueber einigen dieser Infiltrate ist die Haut narbig geschrumpft und eingezogen, fest mit der Unterlage verwachsen. An anderen sieht man noch deutlich grössere Narbenzüge. Die Haut über diesen Stellen ist leicht lividrot oder unverändert. Im Gesicht und an Händen und Armen, namentlich an den Ellenbogen grössere krustenbedeckte Erosionen und Geschwüre, von Verbrennungen am Ofen herrührend.

Flache Infiltrate an beiden Oberschenkeln. Das rechte Knie zeigt eine grosse Brandnarbe, das linke, noch frische verschorfte Brandgeschwüre. Die Unterschenkel sind ödematos verdickt, namentlich der linke, die Haut fest aufliegend, zeigt glatte narbige Atrophie. Vom Fussgelenk an, namentlich links, hochgradige elefantastische Hyperplasie. Die Haut ist stark verdickt und zeigt, insbesondere über dem Sprunggelenk, den Knöcheln und auf den Zehen, hohe papilläre Exreszenzen.

Anästhesien bestehen für alle drei Gefühlsqualitäten, sowohl an den oberen als an den unteren Extremitäten; doch lassen sich, bei der schwierigen Verständigung mit der Patientin, Intensität und Grenzen der Gefühlsstörung nicht genau feststellen. Ein grösserer Hautlappen vom linken Vorderarm, welcher ein zum Teil in Schrumpfung begriffenes Infiltrat enthielt, konnte ohne jede Schmerzausserung der Patientin excidiert werden.

Am Rachendach weisse strahlige Narben und einzelne bucklige Prominenzen. Die Laryngoskopie ist sehr erschwert durch grössere, flach auf dem Kehldeckel sitzende Knoten. Doch gelingt es, auch im Kehlkopf Knoten zu sehen, von denen aber nicht festzustellen war, ob dieselben auf den wahren oder falschen Stimmbändern aufsitzen.

Die Conunctivae sind beiderseits leicht gelblich gefärbt, die Cornea zeigen mehrere dichte, narbige Trübungen.

Massenhafte Drüsenschwellungen; beide Nn. ulnares oberhalb der Ellenbogen verdickt.

Fall 24 (Taf. I, Fig. 3).

Ausas Kurschus, Altersrentner in Karkelbeck, 70 Jahre alt.

Ist in Russland geboren, kam aber schon als Kind in den Kreis Memel und hat dort den grössten Teil seines Lebens, meist als Knecht in verschiedenen Dörfern des Kreises, zugebracht. Diese Dörfer liegen zumeist hart an der Grenze. Er war kinderlos verheiratet; Frau, vor 10 Jahren gestorben, war nicht leprös, ebensowenig seine einzige noch lebende Schwester. Seine Eltern waren nicht leprös; auch ist er seines Wissens nie mit Leprösen zusammengekommen. Lebte bis vor 2 Jahren im Grenzdorf Illgauden-Mauserim, dann 13 Monate bei der Schwester in Karkelbeck, jetzt seit 8 Monaten als Pensionär in einer Fischerfamilie Jons Moor. Angeblich erst seit 5—6 Jahren unter Fieberbewegungen mit roten Flecken im Gesicht und Kriebeln in den Füssen erkrankt.

(P.) Gesammte Gesichtshaut gerötet, verdickt und in Falten gelegt, fühlt sich teigig hart an, mit kleinen und grösseren Knoten durchsetzt. Gleiches Aussehen bietet die Nackenhaut. Beide Augenlider gleichfalls verdickt, Conunctiva injiziert. Brust und Nacken bedeckt mit bräunlich-gelben 10-Pfennigstückgrossen, runden und unregelmässigen Flecken, die im Niveau der Haut liegen; Hände und Unterarme namentlich auf den Streckseiten verdickt und gerötet. An den Beinen analoge Veränderungen. An den Nervenstämmen keine Verdickungen fühlbar, einzelne Partien der Haut gegen Nadelstiche unempfindlich.

(R.) Im Gesicht und Nacken stark intumescierte Hautwülste, im Nacken mehr facettiert; keine Knoten. Augenbrauen fehlen, Conunctivae bulbi gerötet. Nasenschleimhaut im hinteren Teil geschwollen und zum Teil ulceriert. Mund frei. Schwellung der Kehlkopfschleimhaut. Stimme sehr heiser, Dyspnoe. Oberarme fast frei; die Vorderarme aussen leicht infiltriert, röthlich braun; einige kleinere Knoten. Hände luftballonartig aufgetrieben, Epidermis zwiebelhautartig. Oberschenkel fast frei; Unterschenkel bräunlich gefärbt, zeigt einige Knoten. Anästhesie an einigen Körperstellen, namentlich an den Stirnfalten. Innere Organe gesund, Kräftezustand gut.

Status den 20. und 28. März 1896. Das Gesicht zeigt den Charakter der typischen Facies leonina: Die Stirnfalten sind in ihrer natürlichen Anordnung erhalten, die Haut dazwischen stark verdickt, wulstig hervorragend, blaurot gefärbt. Augenbrauen und Cilien fehlen. Die Kopfhaut ist dünn, die Kopfhaare spärlich; auf der Scheitelhöhe eine handtellergroße kahle Stelle, in der 6-8 erbsen- bis bohnengroße derbe Knoten, von der Farbe der Umgebung prominieren.

Die Gesichtshaut ist derb teigig infiltriert, zeigt starke Faltenbildung, in noch höherem Grade die Nackenhaut.

Auf beiden Schultern, den Streckseiten der Oberarme und den ganzen Vorderarmen zahlreiche bläulich-rote erbsen- bis pflaumengroße derbere und weichere Knoten; die Haut dazwischen z. T. unverändert, z. T. diffus infiltriert. Die Hände zeigen am Handrücken eine weich-elastische Schwellung, innerhalb derselben mehrere flache Infiltrate. Die Volae sind frei.

An den Beinen zahlreiche Knoten und Infiltrate; besonders gross sind die Knoten auf den Knieen. Die Beine sind mässig geschwollen; innerhalb der ödematösen Narbenzüge und flachen atrophischen Stellen zerstreut weiche, flache Infiltrate von normaler Hautfarbe. Die Füsse zeigen ebenfalls auf dem Rücken ein weiches Ödem, die Zehen sind elephantiastisch verdickt, leicht hyperplastisch. Elephantiastische Bildungen auch quer über dem Sprunggelenk.

Die Sensibilität ist auf den Extremitäten, namentlich im Bereich der Knoten, erheblich herabgesetzt; im Gesicht ist dieselbe besser erhalten. Auf der Kopfplatte können Knoten ohne Schmerzempfindung excidiert werden. Die Knoten zeigen histologisch das Bild typischer lepröser Infiltrate mit zahlreichen Bacillen.

Die Zunge ist etwas verdickt und zeigt eine von vorn nach hinten ziehende tiefe Längsfalte, von der seitlich sich baumförmig verästelnd, zahlreiche tiefere und flachere Querfalten abgehen. Die Epiglottis ist verhältnismässig frei, zeigt nur eine leicht diffuse Verdickung. Im Larynx — und zwar sowohl auf den Aryknorpeln wie auf den Stimmbändern — zahlreiche weissliche nicht ulcerierte Knoten. Die Beweglichkeit der Stimmbänder ist dadurch stark beeinträchtigt. Es besteht totale Aphonie und ziemlich starke Dyspnoe.

Die Conunctivae beider Augen sind ziemlich stark injiziert. Rechts findet sich lateralwärts ein den Limbus cornea zu etwa $\frac{3}{4}$ seines Umfanges umfassendes halbmondförmiges gelbbraunes Infiltrat. Links ist die Pigmentierung schwächer und diffuser. Die linke Iris verfärbt. Beide Corneaen sind leicht getrübt. Es besteht nur noch Lichtschein.

Fall 25.

Trude Skystams, aus Karkelbeck, 13 Jahre alt, seit angeblich 8 Jahren krank; hat Mutter und Grossmutter (Fall 13 und 14 an Lepra) verloren. Sie selbst ist in Karkelbeck geboren und angeblich nicht aus dem Dorfe herausgekommen und jedenfalls nie in Russland gewesen. Der Vater, Wirt Martin Skystams, in Karkelbeck geboren, betreibt nebenbei Fischerei, ist gesund, nie in Russland gewesen und seines Wissens nie mit Leprösen zusammen gekommen. Seine Schwiegermutter war die erste Leprakranke, die er gesehen hat.

Die Kranke wohnt beim Vater. Die anderen Geschwister, vier an der Zahl, gesund, das jüngste ein Vierteljahr alt.

Massenhafte Knoten im Gesicht, namentlich an den Ohren, den Armen und Beinen, bis zur Grösse einer halben Wallnuss. An beiden Vorderarmen in der Nähe der Handgelenke ziemlich ausgedehnte Ulcerationen. An anderen Stellen der Vorderarme Narben wie von verheilten Ulcerationen. An den Beugeflächen der Arme und auf der Brust pigmentlose Stellen (Vitiligo), welche ausgesprochen anästhetisch und analgetisch sind. Cilia der oberen Lider grösstenteils fehlend. Lidschluss erhalten. Vorgeschrifte Atrophie beider Hypothenares. Starke Aphonie, angeblich seit einem Jahre bestehend. Kräftezustand ziemlich gut; die Kranke geht umher und beteiligt sich an kleinen Hausarbeiten, namentlich auch an der Wartung des kleinsten $\frac{1}{4}$ jährigen Familienmitgliedes!¹⁾

Tabellarische Uebersicht der Krankheitsfälle.

In der nachfolgenden Tabelle sind die einzelnen Fälle in der gleichen Reihenfolge wie in der voraufgehenden Casuistik — zuerst die 15 schon verstorbenen, dann die 10 z. Z. noch lebenden — Fälle aufgeführt.

„Wohnort“, Rubrik 3, bedeutet den Wohnort der Kranken zur Zeit, als die ersten Krankheitszeichen offenbar wurden. Auch Rubrik 4 und 5 geben das Jahr des Beginns der Krankheit an; natürlich ist diese Zahl sehr unzuverlässig, da — ganz abgesehen von absichtlich falschen Angaben — die Kranken selbst sich über den Anfang ihres Leidens nicht klar sind und dasselbe in der Regel nicht weit genug zurück datieren. Wo mehrere Angaben vorlagen, habe ich daher das am meisten zurückliegende Datum gewählt.

Rubrik 6: „Familientafel“ ist so vollständig, als es mir in der Zeit meines Aufenthaltes im Kreise zu erreichen möglich war. „Gesund“ bedeutet, von mir selbst im März 1896 untersucht und gesund befunden. „Angeblich gesund“: im März 1896 nach Angaben der Angehörigen völlig gesund. Die Ascendenz habe ich nicht immer besonders aufgeführt; doch ist dieselbe, ausgenommen die besonders namhaft gemachten Fälle, den Angaben nach stets leprafrei gewesen.

No.	Name und Stand	Wohnort	Alter	Beginn der Erkrankg.	Familientafel.
1.	Heinrich Schleppkau	Sandwehr bei Memel	16	1879 (+ 1886)	Vater †, Mutter, Caroline S., 56 Jahr, gesund, lebt in Sandwehr, Veitstr. 17, gesund, ebenso die Grossmutter mütterlicherseits Sandwehr, Carlstr. 1, gesund. Eine Schwester, Frau Klein, ebenfalls in Sandwehr wohnhaft, angebl. gesund.
2.	Carl	"	12	1877 (+ 1888)	

¹⁾ Obenstehende Daten verdanke ich einer freundlichen Mitteilung des Herrn Collegen Gessner in Memel. Mir ist die Patientin bei meinen mehrmaligen Besuchen in Karkelbeck trotz wiederholten Nachforschens nach neuen Fällen, weder genannt noch gezeigt worden.

No.	Name und Stand	Wohnort	Alter	Beginn der Erkrankg.	Familientafel.
3.	Wirt Redweik	Jodicken	?	1873—74 († 1879)	
4.	Tochter	"	15	1877 († 1884)	Frau lebt und ist gesund, wieder verheiratet an Martin Sliescziz. Roken. Bei der Mutter lebt ferner ein taubstummer Sohn, gesund, sowie das 3 jährige uneheliche Kind von Anna Redweik, gesund.
5.	Sohn	"	23	1882 († 1889)	
6.	Tochter Anna	"	22	1890 († 1895)	
7.	Annicke Korallus, Altsitzersfrau	Roken	61	1886 († 1894)	Bruder Martin Sliescziz, 55 Jahr (s. vorige Rubrik) gesund. Bruder Christian Sliescziz Buttken, gesund. Schwester; Frau von Fr. Jagemast, Schmelz, Mühlenstr. 82, gesund. 1 Sohn in Schleswig-Holstein. ? 1 Tochter, Frau Claws, Roken gesund, deren Kinder gesund. 1 Tochter, Frau Bendix, Kojellen, gesund. 1 Tochter, unverheiratet, Roken, gesund. 1 Tochter, Eve, dient in Memel, angeblich gesund.
8.	Barbe Müller, Losfrau	Joneiken Görge, später Patrajahnen	41	1884 († 1895)	Mann †, ein Bruder (No. 9) leprös. Eine Schwester † Kinder: 1. Tochter, Frau Baginski, Patrajahnen, gesund. 2. Marie Müller, dient in Jagutten bei Stagies, gesund. 3. Barbe Müller, Paupeln Peter bei Bauksch, gesund. 4. Urte Müller, 12 J., gesund (?) etwas kachectisch aussehend, auf der Nase links 1 eryth. Fleck mit Gefässerweiterung, sonst keine Zeichen von Lepra. Erst nach Erkrankg. d. Mutter geboren.

No.	Name und Stand	Wohnort	Alter	Beginn der Erkrankg.	Familientafel.
9.	Jürge Puckies Land-Arbeiter	Thalutten- Stanz	48	1885 († 1895)	Bruder von Fall 8; Bruder Adam, vor Kurzem aus Russland zurück, gesund. Bruder Jacob, lebt in Russ- land, (Padonschen), angebl. gesund. Schwester Eve ?? Frau †. Kinder: 1. Sohn Michel, Thalu- tten, gesund. 2. Sohn in Somanen (Russl.), angebl. gesund. 3. Tochter Annicke, Pi- pirren-Jacob bei Ansas Pipirs, 4. Tochter Marinke, Stanz Ihland bei Pokal- nischkies, beide angebl. gesund.
10.	Emilie Goldap. Wwe. Bommelsvitte		50	1886 († 1894)	4 Töchter: Emma, Marie, Minna, Margarete, von denen 2 in Spandau ver- heiratet sind, eine in Memel dient. Alle 4 an- geb. gesund.
11.	Frau Paddags, (Lickeit) Losfrau	Schmelz	?	?	Erster Mann vor 1½ Jahren †. Zweiter Mann (Lickeit) lebt. Kinder: Marie P., dient in Schmelz, gesund. Ilse Lickeit, Schmelz, gesund. Sohn L. dient in Sta- rischken bei Karais angebl. gesund.
12.	Tochter Urte Paddags	"	20	1892 († 1893)	Mutter und Grossmutter von Trude Skystams (Fall 25).
13. u. 14.	Frau Skystams und Frau Roga	Karkelbeck	?	(† 1896)	Vater †, nicht leprös, Mutter lebt beim verhei- rateten Sohn in Dwielen, gesund. Geschwister: 1. Bruder, geisteskrank, in Allenberg.
15.	Jacob Joneleit Wirtssohn	Dwielen	20	1886 († 1895)	2. Jons. jungverheiratet, Dwielen, gesund. 3. Martens, in Warnaggan, gesund. 4. Frau Anna Mertineit, Posingen, gesund. 5. Frau Ilse Breitschus, Darzippeln, " 6. Frau Idme Schmidt, Stankeiten, " 7. Marie Kibalka, Kischkin, Kreis Heyde- krug, angebl. gesund.
16.	Wilhelm Joneleit Wirtssohn	"	19	1888 (?)	

No.	Name und Stand	Wohnort	Alter	Beginn der Erkrankg.	Familientafel.
17.	Johann Schuischil Streckenarbeiter	Pipirren- Jacob	26	1892	Frau u. 4jährige Tochter gesund. Mutter angebl. gesund d. 3 Halbgeschw.: 1. Barbe Illgaud, dient in Katken, gesund. 2. Marie Strogies geb. Illgaud, Schlapschillen, gesund. 3. Michel Illgaud, dient in Nimmersatt, angebl. gesund.
18.	Jürgen Masla Fischer	Melneraggen	25	1888 (?)	Frau und Kind gesund. Eltern und Geschwister siehe nächste Rubrik.
19.	Catryne Masla Fischertochter	"	10	1887	Eltern beide gesund. Von 17 Kindern 11 in frühem Kindesalter †, 6 leben.
20.	Isle Masla	"	6—7	1887—88	1. Jürgen (Fall 18). 2. Tochterin Königsberg, angebl. gesund. 3. Catryne (Fall 19). 4. Urte, dient in Melne- raggen, gesund. 5. Ilse (Fall 20). 6. Adam (Fall 21).
21.	Adam Masla	"	3—4	1888	
22.	Marie Schischka Eigenkätnersfrau	Dittauen	33	1883	Mann und 2 Kinder, die mit den Eltern zusammen- leben, gesund.
23.	Catryne Pauper Arbeiterwittwe	Schmelz	53	1886	Mann vor 13 Jahren †, nicht leprös gewesen. 1. Tochter, lebt mit der Mutter zus., gesund. 2. Tochter, Frau Koksch, Schmelz, Mühlenquerstr., angebl. gesund. 3. Tochter, Frau Baitis, Schmelz, angebl. gesund. 4. Sohn auf See (?).
24.	Anasas Kurschus Altersrentner	Illgauden- Mauserim (jetzt Karkelbeck)	67	1890	Frau vor 10 Jahren †. Schwester, Frau Jedreit in Karkelbeck, angebl. gesund.
25.	Trude Skystams	Karkelbeck	5	1888	Mutter und Grossmutter an Lepra †. Vater und 4 Geschwister, von den das jüngste ein Vierteljahr alt, gesund.