

Sh
C2

6.3-

Ein Beitrag
zur
Casuistik der Lepra

in den
Ostseeprovinzen Russlands, speciell Kurlands

von
Dr. O. Chomse
in Mitau.

Mit einer Illustration und zwei Tabellen.



Mitau 1887.

Verlag von Victor Felsko

(Fr. Lucas'sche Buchhandlung).

Leipzig, C. Cnobloch.

Ein Beitrag
zur
Casuistik der Lepra

in den
Ostseeprovinzen Russlands, speciell Kurlands

von
Dr. O. Chomse
in Mitau.

Mit einer Illustration und zwei Tabellen.



Mitau 1887.
Verlag von Victor Felsko
(Fr. Lucas'sche Buchhandlung),
Leipzig, C. Cnobloch.

Einleitung.

Seit dem Jahre 1867 als Arzt am Hospitale des Kurländischen Collegii allgemeiner Fürsorge thätig, bot sich mir zu Ausgang des Jahres 1868 zum ersten Male die Gelegenheit dar, einen Fall (Fall I) exquisiter Lepra in der von mir versorgten Abtheilung zu beobachten. Er diente mir als willkommene Illustration zu der damals mir vor Kurzem erst zu Gesicht gekommenen Schilderung der von Wachsmuth*) und Bergmann**) in der Dorpater Klinik beobachteten Leprafälle dar. Befand sich auch gleichzeitig ein zweiter Leprafall damals im Hospitale, so hatte ich denselben doch nicht als solchen erkannt, da er sich nicht in meiner Abtheilung befand, sondern in der Abtheilung für syphilitische Patienten, woselbst er, wie ich später erst erfuhr, schon seit dem Jahre 1862 zu wiederholten Malen sich bereits in Behandlung befunden hatte (siehe Fall IV). Jenem ersten Falle folgten in dem darauf folgenden Jahre bald zwei andere und so fort fast in jedem Jahre neue Fälle, während die alten theils noch im Hospitale anwesend waren, oder nach kürzerer oder längerer Abwesenheit wiederkehrten, so dass seit dem Jahre 1870 bis hiezu, Februar 1887, fast beständig ein Fall von Lepra sich

*) Wachsmuth, Prof. Dr.: Der Aussatz in Livland. Deutsches Archiv für klinische Medicin, Bd. III. 1867.

**) v. Bergmann. St. Petersburg med. Zeitschrift, Bd. XVII p. 191 (1869). Die Lepra in Livland. Petersburg 1870. —

im Hospitale befand. Hierdurch ist es mir möglich geworden, in genannter Zeit im Hospitale 23 Leprafälle in ihrem Verlaufe während vieler Jahre verfolgen zu können und unter diesen neun Fälle bis zum *exitus lethalis*. In der Privatpraxis habe ich ausserdem noch sieben Fälle gesehen und näher untersucht, so dass ich mithin bisher über ein Beobachtungsmaterial von 30 Fällen verfüge, über welches ich in Nachfolgendem Bericht erstatten will.

Den mitzutheilenden Krankengeschichten muss ich jedoch noch einige Bemerkungen vorausschicken.

Zunächst muss ich hier mein Bedauern aussprechen, dass ich trotz neun bis zum lethalen Ausgange beobachteter Fälle nur von zweien einen, und zwar auch nicht sehr genauen Sectionsbericht bringen konnte. Es hat dies jedoch seinen Grund in eigenartigen Verhältnissen unseres Hospitals, die ich nicht abzuändern vermochte, da sie durch einen ein Menschenalter an Dauer übersteigenden Usus sanctionirt sind. Nur selten kommt es nämlich bei uns zu einer Leichenobduction, da unsere Land- und niedere Stadtbevölkerung, die ja das Hauptcontingent der Hospitalkranken liefern, eine gewaltige Scheu vor der Section haben, bei den Ebräern aber noch religiöse Bedenken hinzukommen, so dass auf jede Einsprache von Angehörigen der im Hospitale Gestorbenen von Alters her zarte Rücksicht und von einer Section Abstand genommen wurde, um die Leute nicht vom Besuche des Hospitals abzuschrecken und dadurch die an sich schon schwierige pecuniäre Lage desselben zu verschlimmern. Durch diese Rücksichtnahme ist es dahin gekommen, dass sich bei den Leuten die Ansicht festgesetzt, es sei eine Section nur in gerichtlichen Fällen zulässig, und desshalb wird in fast jedem anderen Falle dagegen Protest erhoben.

Ferner muss ich das Fehlen von mikroskopischer Untersuchung der leprösen Neubildungen behufs Nachweises des Leprabacills damit entschuldigen, dass ich weder ein dazu geeignetes Mikroskop moderner Construction besitze, noch auch über die erforderliche Erfahrung und Dexterität zu solchen Untersuchungen verfüge. Freilich muss ich gestehen, dass mir der Mangel dieser Untersuchungen ein geringeres Bedauern erregt, als der Ausfall der Obductionen, denn ich glaube zur Verificirung der beobach-

teten Krankheitsfälle als wahrer Lepra nicht noch des Nachweises des specifischen Leprabacills zu bedürfen, da die von mir geschilderten Fälle klinisch wohl keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufkommen lassen dürften, und ich eben nur die Absicht habe, eine klinische Casuistik der Lepra zur Mittheilung zu bringen, nicht aber eine Monographie derselben. Aus diesem Grunde habe ich auch die Krankengeschichten in grösserer Ausführlichkeit mitgetheilt und mich nicht dazu entschliessen können, sie in tabellarischer Uebersicht, wie das von Wellberg*) geschehen, darzustellen. Ich hätte bei solcher Darstellung auf viele Momente in den Erscheinungen und dem Verlaufe der Lepra verzichten müssen, welche mir doch bei einer Krankheit, die nicht zu den alltäglichen Vorkommnissen unserer Praxis gehört, nicht ohne Werth erschienen. Da es aber auch nicht meine Absicht war, mit meinen Mittheilungen nur statistischen Zwecken zu dienen, so konnte ich mich auch nicht in meiner Schilderung solcher Kürze befeissigen, wie sie sich in der Paulson'schen Arbeit**) bei Darstellung des Krankheitsbefundes findet, wo es sich ja übrigens auch nur um die Schilderung einer einmaligen Besichtigung der betreffenden Patienten handelt, nicht aber, wie in meinen Fällen, um eine oft vieljährige Beobachtungsdauer.

Da ich diese mir gebotene Gelegenheit nach Vermögen auszunutzen bemüht gewesen, den Berichten aus der Dorpater Klinik aber eine lange Beobachtungszeit meist nicht zu Grunde liegt, da ferner bisher nur über sehr wenige aus Kurland stammende Leprafälle***) eingehender berichtet worden, so habe ich mich, nach Ueberwindung aller Scrupel über obenerwähnte

*) Wellberg. Klinische Beiträge zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Diss. inaug. 1884.

**) Paulson. Ein Beitrag zur Kenntniss der Lepra in den Ostseeprovinzen Busslands. Diss. inaug. Dorpat 1886.

***) Sehen wir von der Bolschwingschen Publication: „Ueber Syphilis und Aussatz, Dorpat 1839“ ab, in welcher wohl nur der Fall XXI zur Lepra zu rechnen ist, so sind mir aus Curland stammende Fälle, über welche Mittheilungen vorliegen, nur folgende bekannt: ein Fall, aus Bauske stammend, mitgetheilt von Dr. Otto, *Dorp. med. Zeitschrift* Bd. I. S. 81; ein Fall, aus Talsen stammend, mitgetheilt von Dr. Krannhals, *St. Petersburg med. Wochenschrift* Nr. 21, 1887; ein aus Tuckum stammender Fall bei Wellberg (l. c.), endlich fünf Fälle bei Paulson (l. c.)

Mängel, zur Publication meiner Beobachtungen entschlossen und wünsche, dass mein bescheidener Beitrag zur Casuistik der Lepra bei uns zu Lande den sich für die Leprafrage interessirenden Fachgenossen nicht ungelegen sein werde.

Zur leichteren Uebersicht habe ich als Beilage in zwei Tabellen die wichtigsten Beobachtungsergebnisse aus den mitgetheilten Krankheitsgeschichten in Bezug auf Anamnese, die Erscheinungsform, den Verlauf etc. sämmtlicher Fälle dieser Mittheilung angefügt.

Dreissig Krankengeschichten.

Krankengeschichten.

Fall I.

Peter Anstrat, 27 Jahre alt, Lette, aus Dannenthal (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst bis hiezu lebend, trat am **20. November 1868** ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern des Patienten erreichten beide ein hohes Alter und waren beide von Krankheitserscheinungen frei geblieben, wie sie sich an ihm finden. — Von drei Geschwistern lebt noch ein Bruder, der sich im Militärdienst befindet und gesund sein soll. Eine bis dahin gesunde Schwester starb vor einigen Jahren im Wochenbette, die zweite jedoch litt an derselben Krankheit wie er, hatte braune Knoten auf der Stirn, den Wangen und Armen und litt an Geschwüren auf den unteren Extremitäten. Sie ist vor einem Jahre einer acuten Krankheit erlegen.

Der Patient selbst, obgleich als Knecht unter dürftigen Verhältnissen lebend, ist bis zu seinem 20. Lebensjahre stets gesund gewesen. Vor sieben Jahren trat nach einer heftigen Erkältung und Durchnässung bei der Heuernte eine fieberhafte Krankheit von einigen Wochen Dauer auf. Von ihr genesen, bemerkte er die ersten Erscheinungen seines gegenwärtigen Leidens. Es bildeten sich damals anfangs kleine, braune Knötchen auf der Stirn und im Gesichte, die im Laufe eines Jahres allmählich an Zahl und Grösse zunahmen, um dann, wieder nach vorausgegangenem mehrtägigen Fieber, auch an den Unterschenkeln und Vorderarmen zu erscheinen und auch dort an

Zahl und Grösse zuzunehmen. — Vor vier Jahren erschienen zum ersten Male nach Fieber mit Schmerzen in den Beinen und Armen, und unter Nachlass dieser Erscheinungen, Blasen auf beiden Vorderarmen, bald darauf auch auf beiden Handrücken, dann beiden Ellenbogen. Es bildeten sich aus den Blasen Krusten und unter ihnen Geschwüre, die bald schnell, bald langsam heilten und noch gegenwärtig sichtbare Narben hinterliessen. — Solche Blasenaufbrüche wiederholten sich in der Folge häufig an verschiedenen Stellen der oberen und unteren Extremitäten und nahmen alle denselben Verlauf, nur dass die Heilung der Geschwüre auf den Unterschenkeln sich sehr lange hinzog, indem sie nach einiger Zeit wieder losbrachen, wohl durchgerieben durch die Schnüre, mit welchen die Basteln an den Unterschenkeln befestigt wurden. Solche Geschwüre bestehen noch gegenwärtig und führten den Patienten ins Hospital, nachdem er dieselben auf Rath alter Weiber mit verschiedenen Salben, Pflastern, Kräuterumschlägen behandelt, auch innerlich wiederholte Curen mit Kräuterabkochungen angewandt hatte.

Status praesens. Patient ist von kleinem Wuchse, gracilem Knochenbau, etwas gebeugter, schlaffer Haltung. Die Musculatur ist schlaff, an Armen und Beinen deutlich reducirt; das Unterhautfettgewebe sehr spärlich, nur am Rumpfe entwickelt. Die allgemeine Hautdecke ist welk, missfarben, die sichtbaren Schleimhäute blass. Das blonde Kopfhaar ist dicht, während die Augenbrauen und Wimpern vollständig fehlen. Von Bartwuchs ist keine Spur vorhanden.

Auf der Stirn befindet sich eine grosse Zahl theils hell-, theils dunkel-rothbraun tingirter Knoten von Erbsen- bis fast Bohnengrösse. Sie sind theils der diffus verdickten, durch die Stirnrunzeln in Querwülste getheilten Stirnhaut eingebettet und mit ihr verschiebbar, theils liegen sie in dichten Gruppen und Reihen über der Glabella und den Augenbrauenbogen. Eben-solche Knoten liegen, in Gruppen zusammenstehend, auf beiden Wangen, der Oberlippe und dem Kinn.

Die Nase ist breit, ihre Spitze deutlich abgeflacht. Die Nasenlöcher sind durch schwarze Krusten verlagert. Nach Entfernung derselben findet sich das Septum beiderseits exulcerirt und leicht blutend, an einer Stelle bereits perforirt. Die Schleim-

haut der Mund- und Rachenhöhle ist etwas geschwellt und geröthet, besonders auf der hinteren Rachenwand und dem Gaumensegel; die Uvula ist lang und etwas verdickt. Die Stimme ist klar. Die Augäpfel liegen tief, sind blass geröthet, ebenso die Conjunctiva palpebralis. Der untere Augenlidrand steht etwas vom Augapfel ab. Das Sehvermögen ist normal. Der Hals, die vordere und hintere Rumpffläche bieten nichts Bemerkenswerthes.

Auf der Streckseite beider hellbraun pigmentirter Ober- und Vorderarme, besonders auf den letzteren, sind zahlreiche, theils über das Hautniveau prominirende, runde, dunkelbraun gefärbte Knoten sichtbar, theils knötchenförmige Einlagerungen in derselben fühlbar. Besonders dicht stehen die Knoten in der Umgebung der Ellenbogengelenke und auf der Dorsalfläche der Handwurzeln. Ebensolche Knoten und knotenförmige Hauteinlagerungen, nur dem Gefühl erkennbar, finden sich auch auf der Aussenfläche beider Oberschenkel, dann besonders zahlreich über den Kniescheiben und in deren Umgebung, auf den Vorderflächen der Unterschenkel, soweit dieselben nicht von den gleich zu beschreibenden Geschwüren bedeckt sind, endlich über den Fussgelenken.

Alle Knoten haben dasselbe Aussehen und dieselbe Beschaffenheit. Ihre Farbe ist hellbraun bis dunkel bronzefarben; ihre Form meist rund, bei den grösseren etwas oval; ihre Consistenz derb elastisch; ihre Oberfläche bildet die glatte, dünne, glänzende Epidermis. Sie sind überall mit der Haut verschiebbar und erheben sich meist steil über die in ihrer Umgebung normal erscheinende Hautfläche. Einzelne Knoten, besonders auf der Stirn, sind mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt. Auf einigen grösseren Knoten auf den Wangen schimmern unter der feinen Epidermisdecke feine Capillargefässe netzförmig durch.

Die Vorder- und Seitenflächen beider Unterschenkel nehmen grosse Geschwüre ein, die beiderseits etwa 5 Cm. unterhalb der Spina tibiae beginnend bis fast zu den Fussgelenken herabreichen und, die Unterschenkel umfassend, in der Mitte über den Waden nur eine etwa 5 Cm. breite, diffus verdeckte, Knoteneinlagerungen enthaltende Hautbrücke gelassen haben, die zur Kniekehle und nach unten zur Achillesferse hin etwas breiter wird. Die Umrandung der Geschwüre ist unregelmässig, ausgezackt, callos

verdickt, höckerig. Der Geschwürsgrund ist warzig uneben, mit gelbgrauem, jauchigem, sehr übelriechendem Secrete bedeckt. — Beide Füsse sind unterhalb der Geschwüre speckig verdickt, ihre Haut trocken, schilfernd. Die Zehennägel hypertrophisch, trocken, brüchig. Sowohl auf den Armen als Beinen sind zahlreiche, symmetrisch auf beide Seiten vertheilte weisse, feinstrahlige, von dunkel pigmentirten Rändern umgebene Narben von theils runder, theils ovaler Form sichtbar. Sie haben grosse Aehnlichkeit mit oberflächlichen Brandnarben. Besonders gross sind diese Narben über den Ellenbogen und Kniegelenken.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität mit Nadelstichen und elektrischem Pinsel ergiebt sich dieselbe vollständig fehlend auf allen Narbeninseln, stark vermindert auf der Stirn und den Wangen, den Vorderarmen, vom Ellenbogengelenke bis zu den Fingerspitzen (diese sind normal empfindlich), endlich wieder fehlend auf den Unterschenkeln, deren Geschwüren, und den Füssen bis zu den Zehen, deren Kuppen normal empfindlich. Der Ulnarnerv ist allerdings am Ellenbogen fühlbar, doch erweist er sich nicht bemerklich verdickt, da er sich von gleicher Beschaffenheit auch bei anderen magern Patienten fühlen lässt.

Drüenschwellungen finden sich nur in beiden Inguinalgegenden in beträchtlicher Zahl und Grösse.

Respirations- und Circulations-Apparat erweisen sich bei der Untersuchung als normal. Der Urin ist eiweissfrei. Appetit und Verdauung normal, überhaupt das Allgemeinbefinden gut; keine Schmerzempfindung, auch nicht in den Beingeschwüren.

Verlauf. Ueber den Krankheitsverlauf während des Hospitalaufenthaltes des Patienten ist zu berichten, dass sich die Unterschenkelgeschwüre unter Anwendung feuchtwarmer Einwickelungen, Heftpflasterdruckverbänden und gleichzeitigem innerlichem Gebrauche von Jodkalium verkleinerten, theils durch Narbenbildung von den Rändern her, theils durch Narbeninseln auf dem Geschwürsgrunde. Ende December trat unter heftigem Fieber ein Erysipelas faciei bullosum auf. Nach Ablauf desselben und mehrmals sich wiederholender starker Abschuppung fanden sich die grösseren Knoten auf der Stirn und im Gesichte bedeutend verkleinert und abgeflacht, während kleinere ganz geschwunden waren. Der Defect der Nasenscheidewand hatte sich jedoch

vergrössert, so dass die Nasenspitze jetzt viel stärker als früher deprimirt erschien.

Am 17. Januar 1869 verliess Patient das Hospital mit verkleinerten, doch nicht geheilten Unterschenkelgeschwüren.

Am 5. Juli desselben Jahres meldete er sich wieder zur Aufnahme, weil sich der Zustand der Unterschenkelgeschwüre bedeutend verschlimmert hatte.

Es fanden sich dieselben jetzt wieder in demselben und womöglich noch schlimmerm Zustande als bei der ersten Meldung des Patienten. Sie hatten dieselbe Ausdehnung der Länge nach, waren aber noch breiter, und somit die noch intacte Hautbrücke auf der Mitte der Wade noch schmaler geworden. Auf dem Geschwürsgrunde hatten sich mehrere über das Geschwürsniveau erhabene Narbeninseln von calloser Beschaffenheit erhalten. Die Geschwüre waren mit stinkender Jauche bedeckt, ihre Ränder ausgebuchtet, callos. — Die Füsse waren unförmlich dick geschwollen und dadurch der Gang des Patienten sehr unbeholfen. — Der Ernährungszustand war stark herabgekommen, die Haut blassgrau, welk, faltig, trocken, am ganzen Körper mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt. Im Uebrigen war keine Veränderung der leprösen Erscheinungen eingetreten.

Die Fussgeschwüre wurden wieder in früherer Weise behandelt und für kräftige Ernährung des Patienten Sorge getragen, wobei eine ziemlich gut fortschreitende Vernarbung der Geschwüre von den Rändern aus eben begonnen hatte, als Patient Anfangs August wiederum von einem bullösen Gesichts-Erysipel befallen wurde. Nach Ablauf desselben und mehrmals sich wiederholender Abschilferung, waren jetzt sämtliche Knoten von der Stirn und am Gesichte geschwunden; die früher infiltrierte Stirnhaut erschien jetzt eher verdünnt, hellbraun tingirt, glänzend. Patient klagte jetzt häufig über heftige Schmerzen im Kreuze, die anfallsweise auftraten. Druckempfindlichkeit der Lendenwirbel war nicht vorhanden, doch führt Patient an, dass ihm die Bewegung der Beine schwer falle. Eine Prüfung mit dem inducirten Strome erwies auch das Vorhandensein einer peripher bedingten Parese beider Schenkel.

Bis zum October war bei ziemlich gutem Allgemeinbefinden und sehr langsam fortschreitender Narbenvorschiebung auf den

Geschwüren sonst keine Veränderung des Zustandes eingetreten, als Mitte October der Patient zum dritten Male von einem Gesichtserysipel, diesmal jedoch ohne Blasenbildung, befallen wurde. Die folgende Abschuppung dauerte gegen drei Wochen. Schien es auch schon nach den ersten Anfällen von Gesichtserysipel, dass mit dem Schwinden der Lepraknoten im Gesichte auch gleichzeitig ein geringes Zurücktreten derselben an den Extremitäten stattfand, so war das jetzt in auffallender Weise der Fall: die Knoten auf den Armen waren flacher, heller geworden, kleinere Knoten überall ganz geschwunden. Ende October trat plötzlich ziemlich lebhaftes Fieber (Abendtemperatur von $39,5^{\circ}$) auf mit reissenden Schmerzen in den Knien. Nach dreitägigem Fieber erschienen plötzlich während einer Nacht unterhalb beider Kniekehlen je eine etwa $\frac{1}{2}$ Rubel grosse, runde, mit klarem Serum gefüllte Blasen. Der fieberhafte Zustand erreichte hiermit sein Ende. Nach wenigen Tagen hatte sich nach Eintrocknen und theilweiser Entleerung des Inhaltes der Blase eine anfangs gelbe, bald dunkelbraun werdende Kruste gebildet, und als diese abgeweicht wurde, fand sich unter ihr ein oberflächliches, den Papillenkörper der Haut blosslegendes, spärlich secernirendes, blassrothes Geschwür mit leicht entzündeter Umrandung vor. Beide Geschwüre nahmen rasch an Umfang zu, hatten nach kaum zwei Wochen die junge dünne Narbe in der Umgebung der benachbarten Unterschenkel-Geschwüre erreicht, sie zerstört und sich mit ihnen vereinigt.

Auf Andringen seiner Gemeinde musste jetzt Patient am 12. November 1869 entlassen werden.

Erst am 5. Mai 1871 sah ich den Patienten in meiner Hausambulanz wieder. Es hatte sich sein Allgemeinbefinden sehr verschlimmert. Das Gehen und Stehen wurde ihm äusserst schwer. Der Körper war stark abgemagert, das Haupthaar dünn, das Gesicht greisenhaft, die Gesichtsmuskeln schlaff. Die Haut am Rumpf und den Extremitäten, ebenso schlaff, hing förmlich in Falten herab an den Hüften und den abgeflachten Nates. Knoten waren nirgends mehr sichtbar. Die jauchenden, mit stinkendem graugelben Secrete bedeckten Unterschenkelgeschwüre umfassten dieselben jetzt in der Mitte fast gürtelförmig. — Patient litt ausserdem seit zwei Wochen an Durchfällen. — Die

Stimme war heiser. Die Ordination bestand in einer Lösung von Cupr. sulf. in Holzzessig mit Wasser verdünnt zu Umschlägen über die Fussgeschwüre und einem Opiat gegen die Durchfälle.

Am 6. Juli 1873 meldete sich Patient zur Aufnahme ins Hospital. Er berichtete, dass seine Fussgeschwüre unter Anwendung oben genannter Umschläge sich, wenn auch langsam, doch im Laufe des Jahres 1872 bedeutend verkleinert hatten, dann aber sei ein längerer Stillstand eingetreten, und seit einigen Monaten habe sich ihr Zustand wieder verschlimmert, so dass er deshalb wieder ins Hospital zu treten sich genöthigt sah.

Status praesens. Sein Allgemeinbefinden hatte sich bedeutend verbessert, er hatte zugenommen, sah frischer aus, konnte viel besser als früher, wenngleich noch immer unbeholfen gehen. Die Unterschenkelgeschwüre über der Tibia beiderseits waren jetzt bis auf mehr als $\frac{2}{3}$ ihres früheren Umfanges verkleinert, von einer breiten, glänzenden, blaugrauen Narbe umgeben. Auf dem düster rothen, wie mit einem Lackfirniss bestrichenen Geschwürsgrunde ragen einzelne erhabene callose Narbeninseln von dünnem Narbenrande umgeben hervor. Ausser ihnen finden sich auf dem Geschwürsgrunde noch mehrere kleinere warzenartige Erhebungen, wodurch der Grund vielfach zerklüftet erscheint. Die Geschwüre sind trocken. Die Muskulatur der Unterschenkel ist stark atrophirt, so dass gegen dieselben die unverändert unförmlich dicken Füße besonders contrastiren. Die Anästhesie bestand unverändert an allen bei der ersten Prüfung constatirten Stellen fort.

Verlauf. Ueber den ferneren Verlauf ist zu berichten, dass unter Anwendung von der früher verordneten Kupfersolution, abwechselnd mit einfachen Wassercompressen, die Geschwüre anfangs weiter von den Rändern aus verheilen zu wollen schienen, bald jedoch trat nicht nur ein Stillstand, sondern eine Verschlimmerung ein, indem seit Anfang September sich die Geschwüre durch Zerfall der Narbe der Peripherie nach vergrösserten, um endlich wieder zu Anfang October durch neue Vernarbung auf den Zustand zu kommen, den sie bei der diesmaligen Aufnahme des Patienten ins Hospital dargeboten hatten. — Das Allgemeinbefinden war bisher ein recht gutes gewesen.

Am 6. October 1873 musste Patient auf Wunsch seiner

Gemeinde entlassen werden. Er soll bis zum Jahre 1878 ein trauriges Dasein als Gebietsarmer geführt haben, sich in letzter Zeit dem Trunke ergeben haben, und endlich im trunkenen Zustande im Herbste dieses Jahres in einen Graben gefallen und ertrunken sein.

Fall II.

Mendel Moses, Ebräer, verabschiedeter Soldat, 71 Jahre alt, aus Goldingen gebürtig, trat am **10. Februar 1870** ins Hospital.

Anamnese. Der Vater des Patienten ist aus Oberschlesien nach Kurland eingewandert, war Branntweinbrenner, heirathete hier und erreichte ein Alter von angeblich über 90 Jahren. Bis etwa 10 Jahre vor seinem Tode sei er, unter guten Verhältnissen lebend, nie ernstlich krank gewesen. Da sei aber auch bei ihm eine ebensolche Krankheit entstanden, wie die des Patienten: es hatten sich auch bei ihm Knoten auf der Stirn, im Gesicht, auf Armen und Beinen gezeigt, welche vom Patienten „Karpen“ (Warzen) genannt werden. In den letzten Lebensjahren habe er auch an hartnäckigen Fussgeschwüren gelitten. Die Mutter war stets gesund gewesen und starb an einer Lungenentzündung, über 50 Jahre alt. Von fünf Geschwistern litt der älteste Bruder und eine Schwester an derselben Krankheit wie der Patient und dessen Vater. Der Bruder starb im Alter von 76 Jahren an allgemeiner Körperschwäche, die Schwester an einem Lungenübel. Der Bruder war kinderlos, die Kinder der Schwester sollen bis hiezu gesund sein.

Ueber seinen eigenen bisherigen Gesundheitszustand berichtet Patient, dass er bis zu seinem 23. Lebensjahre wohl nie besonders kräftig, doch gesund gewesen sei. Als Rekrut zum Militärdienst herbeigezogen, habe er nie in der Front gedient, sondern als Militär-Handwerker. Mit Ausnahme von häufigem Rheumatismus in den Extremitäten, einem längere Zeit dauernden kalten Fieber will er bis zum Jahre 1866 nie erheblich krank gewesen sein. Im Frühjahr dieses Jahres jedoch hat er in Folge einer heftigen Erkältung und Durchnässung ein längere Zeit dauerndes fieberhaftes Leiden mit heftigen Gliederschmerzen durchgemacht. Während der Reconvalescenz bemerkte er, dass sich auch bei ihm die vom Vater, Bruder und von der Schwester her ihm bekannten

„Karpen“ auf der Stirn zu entwickeln begannen. Bald erschienen dieselben auch auf den Armen, wo ihnen kleine braune Flecken vorausgingen, und 1867, nach kurze Zeit dauerndem Fieber, auf den Ober- und Unterschenkeln. Alle Knoten vergrösserten sich nur sehr langsam, besonders die auf den Augenbrauen und den Hand-, Knie- und Fussgelenken.

Im Jahre 1868 wurde er aus dem Militärdienste verabschiedet. In diesem Jahre hat er zum ersten Male, nach vorausgegangenem Fieber mit heftigen Schmerzen in den Beinen, das plötzliche Aufschliessen einer „Wasserblase“ über dem linken Oberschenkel beobachtet. Das aus dieser Blase entstandene Geschwür war noch nicht verheilt, als sich auf dem anderen Oberschenkel, an correspondirender Stelle, eine gleiche Wasserblase unter Fiebererscheinungen bildete. In den folgenden Jahren traten solche Blasen häufig an den Oberschenkeln, über den Knien, an den Armen, den Unterschenkeln, Handrücken und Fussrücken auf. Aus allen entstanden bald schneller bald langsamer heilende Geschwüre. Anfangs Februar 1870 hatte sich wieder eine solche Blase in der Nähe einer alten Narbe auf der Aussenfläche des linken Oberschenkels plötzlich entwickelt und bei ihrem Uebergange zur Geschwürbildung diese Narbe mit in geschwürigen Zerfall gezogen. Dies Geschwür und eine Verschlimmerung eines schon seit vielen Jahren bestehenden Hustens führten ihn jetzt ins Hospital.

Status praesens. Der Patient ist von kleiner Statur, gebeugter, schlaffer Körperhaltung, sehr mager, besonders an Armen und Beinen. Das dichte, schwarze Haupthaar ist grösstentheils ergraut. Von den Augenbrauen sind nur einzelne Büschel vorhanden. Die Cilien fehlen vollkommen. Nur am Kinn finden sich einzelne ergraute Barthaare. Die Haut ist sowohl im Gesichte als auf den Extremitäten fast broncefarben, sonst aschefarben, welk, an den Extremitäten verdünnt und kleienförmig schuppend.

Die infiltrierte Stirnhaut bildet der Quere nach durch die Stirnrunzeln getheilte Wülste, die besonders dick auf den Augenbrauen sind und hier eine Reihe erbsengrosser, brauner Knoten eingebettet enthalten. Auf beiden Stirnhöckern findet sich je ein gelbbrauner flacher Knoten von etwa Bohnengrösse mit

dünnere glänzende Epidermisdecke. In der Haut beider Wangen liegen, in Gruppen beisammenstehend zahlreiche erbsengrosse, hellbraune Knoten. Nase und Ohrmuschel sind frei von solchen Knoteneinlagerungen.

Die Rachen- und Mundschleimhaut ist bis auf geringe Röthung frei von Knoten. Die Nasenflügel erscheinen etwas verdickt, die Nasenschleimhaut geröthet.

Die Haut der Oberarme ist intact, auf den Vorderarmen ist sie gelbbraun pigmentirt und mit dunkel broncefarbenen runden Flecken und kleinen Knoten bedeckt, die dicht stehend und grösser werdend den Ellenbogen und Handwurzeln aufliegen. Ebenso solche Flecken auf intacter Basis, kleinere und grössere Knoten von brauner Farbe finden sich mehr zerstreut liegend auf den Oberschenkeln, zahlreicher und dichter stehend auf den Unterschenkeln. Besonders gross, bis zu Bohnengrösse und darüber, stehen die Knoten auf beiden Knien und in der Umgebung beider Fussgelenke. Ausserdem befindet sich auf den Oberschenkeln je eine längliche, weisse, mehr als 4 qcm. grosse, zu einander in symmetrischer Lage befindliche Narbe. Ausser diesen liegen mehrere ähnliche, kleinere Narben auf beiden Oberschenkeln, in der Umgebung der Kniee, auf den Armen, Unterschenkeln, Handrücken, kurz überall dort, wo nach Aussage des Patienten aus Blasen hervorgegangene Geschwüre vorhanden gewesen. In eine solche, auf der Aussenseite und Mitte des linken Oberschenkels liegende Narbe ragt ein oberflächliches, feinkörnig granulirendes, rundes, etwa 5 cm im Durchmesser messendes Geschwür hinein. Die lividen Geschwürsränder überragen an einzelnen Stellen etwas die angrenzende gesunde Haut, während der Geschwürsgrund an anderen Stellen in die anliegende Narbenhaut flach ausläuft. Das Geschwür ist fast trocken und bedeckt sich, der Luft ausgesetzt, leicht mit einer dünnen gelblichen Kruste.

Die cutane Sensibilität ist auf der Stirn, den Wangen, Vorderarmen und Unterschenkeln bedeutend herabgesetzt, fehlt auf den weissen Narben jedoch vollkommen, so dass selbst tiefe Nadelstiche daselbst nicht percipirt werden. Geschwellt sind nur in geringem Grade einzelne Inguinaldrüsen.

Das Scrotum ist leer, die beiden kleinen atrophirten Hoden

liegen vor dem Leistenringe und sollen niemals herabgestiegen gewesen sein. Der unverheirathete Patient hat nie an Syphilis gelitten, will auch nie ein Weib berührt haben.

Die physikalische Untersuchung der Lungen ergibt das Vorhandensein eines chronischen Bronchialkatarrhs mit Emphysem. Ausser quälendem Husten und zeitweise auftretender grösserer Dyspnoe ist das Allgemeinbefinden nicht wesentlich alterirt; Appetit, Verdauung und Schlaf gut.

Verlauf. Patient verliess am **24. März** das Hospital mit geheilten Schenkelgeschwüren. Die Narbe war hell blauröth, sehr dünn. Blasenaufrüche traten während des Hospitalaufenthaltes nicht ein, doch schienen die Flecken und Knoten sowohl auf den Extremitäten als auf der Stirn, hier unter trockener Epidermisabschilferung, an Grösse und an Zahl abgenommen zu haben.

Bereits am **12. Juni** trat Patient wieder ins Hospital eines seit zwei Tagen bestehenden Fiebers wegen.

Status praesens. Patient fieberte ziemlich lebhaft und klagte über heftige Schmerzen in den Füßen. Geschwüre bestanden nirgends. Ein grosser Theil der Knoten im Gesichte war verschwunden, ebenso hatte sich die Zahl der Knoten auf den Extremitäten vermindert. Flecken waren nirgends mehr vorhanden. Blasenaufruch hat seit dem März nicht stattgefunden.

Verlauf. Tags nach der Aufnahme war unter Nachlass des Fiebers über Nacht eine fast rubelgrosse Blase auf dem rechten Fussrücken aufgeschossen. Beim Einstich in dieselbe entleerte sie nicht vollständig ihren Inhalt, der aus anfangs klarem Serum, später aus einer hellen viscosen Flüssigkeit bestand. Nach Abtragung der Blase fand sich das geröthete Carium mit einer klaren, gallertartigen Masse bedeckt, die, der Luft ausgesetzt, bald zu einer krümligen, gelben Kruste eintrocknete. Nach Abweichen dieser Kruste bildete sich ein oberflächliches, sparsam secernirendes Geschwür mit leicht geschwellter und entzündeter Umrandung, das sich sehr langsam, von den Rändern aus beginnend, zur Vernarbung anschickte. Noch vor völliger Heilung desselben trat wiederum nach lebhafter Fieberbewegung in einer Nacht (am 11. August) eine ebensolche Blase auf dem linken Fussrücken auf. Sie war von völlig gleicher Beschaffenheit wie

jene auf dem rechten Fussrücken beschriebene, heilte jedoch rascher als diese, so dass der Patient, vorläufig von seinen Geschwüren geheilt, am 10. September wieder das Hospital verlassen konnte. Der Husten bestand unverändert fort.

Am 31. Januar 1873 trat er wieder ins Hospital.

Status praesens. Sein Allgemeinbefinden hatte seitdem sehr gelitten, theils durch zunehmenden Altersmarasmus, theils durch Verschlimmerung der leprösen Erscheinungen. Wenn auch die Knoten auf der Stirnhaut jetzt alle geschwunden und nur eine geringe Infiltration der Haut noch vorhanden, so bestand doch noch ziemlich starke Verdickung derselben über den Augenbrauenbogen, an den Ohrläppchen und den Ohrmuschelrändern. Das Gesicht war knotenfrei, der Gesichtsausdruck schlaff, müde. — Der Körper, besonders die Extremitäten waren äusserst abgemagert. Auf der Aussenfläche der flecken- und knotenfreien Oberschenkel befanden sich zwölf kleinere und grössere unregelmässig umgrenzte Geschwüre, zum Theil ganz auf alten Narben liegend oder wenigstens in sie hineinragend. Sie waren flach, trocken, blass und sollten alle aus successive in den letzten Monaten aufgebrochenen Blasen entstanden sein, von denen noch gegenwärtig zwei runde, etwa $\frac{1}{2}$ Rubel grosse an correspondirenden Stellen der Aussenfläche beider Oberschenkel vorhanden und eben einzutrocknen beginnen. Beide Unterschenkel und Füsse sind durch pralles Oedem geschwellt. Auf dem rechten Handrücken befindet sich ein denselben fast bedeckendes, oberflächliches, zum Theil mit einer schwärzlichen Kruste bedecktes Geschwür. Beide Ellenbogen sind von gleichaussehenden Geschwüren bedeckt. Auf der Crena ani endlich liegen, einander gegenüberstehend und sich gegenseitig berührend, zwei ebenso beschaffene flache Geschwüre von etwa $\frac{1}{2}$ Rubel Grösse. Alle diese Geschwüre sollen auch aus Blasen hervorgegangen sein.

Auf dem harten Gaumen sind zwei flache, runde Geschwüre auf erhöhter Basis sichtbar. Die hintere Rachenwand zeigt zahlreiche warzenförmige Erhebungen. Die Uvula ist verdickt und seitlich gekrümmt.

Das Septum cartilagineum ist erodirt und perforirt, die Nasenspitze stark deprimirt; die Stimme heiser.

Verlauf. Während des diesmaligen Hospitalaufenthaltes des

Patienten, der bis zum **14. Juni 1873** dauerte, kamen nach wenigen Wochen die Geschwüre alle, mit denen er ins Hospital getreten war, zur Verheilung, doch bildeten sich bald darauf neue Geschwüre aus neu aufbrechenden Blasen auf den Fussrücken, den Zehen, die hartnäckig allen Heilungsversuchen widerstanden, und auf der Dorsalfläche beider grossen Zehen so weit in die Tiefe gedrungen waren, dass die Kuppe der letzten Phalanx beider grossen Zehen, nach Abfall der Nägel, necrotisch geworden war. Der Patient musste auf Andringen der Gemeinde in diesem Zustande das Hospital verlassen.

Am **13. November desselben Jahres (1873)** wurde er jedoch wieder ins Hospital geschafft.

Er berichtet, dass er seit seiner letzten Anwesenheit im Hospitale meist krank im Armenhause gewesen. Theils habe er unter Verschlimmerung seines alten Hustens gelitten, zum grossen Theil aber durch Fieberanfälle, welche in immer kürzeren Intervallen eintraten und jedesmal dem Ausbruche neuer Blasen an den oberen und unteren Extremitäten vorausgingen. Die aus den Blasen hervorgehenden Geschwüre heilten zum Theil rasch, andere aber, vor mehreren Wochen entstanden, bestehen noch unverändert und veranlassten ihn neben grossem allgemeinen Kraftmangel und Mangel an Pflege im Armenhause um Ueberführung ins Hospital nachzusuchen.

Status praesens. Der Patient ist in seiner Ernährung sehr herabgekommen und so kraftlos, dass er sich ohne Hilfe nicht im Bette aufzurichten vermag. Das Haupthaar ist dünn und vollständig ergraut. Die Stirnhaut ist glatt und glänzend, hellbraun pigmentirt und jetzt atrophirt. Nirgends finden sich jetzt Knoten auf der Haut. Nur die Ohrläppchen zeigen noch geringe Verdickung. Die Augen liegen tief, die Conjunctiva bulbi und palpebrarum ist trocken, blass geröthet. — Patient klagt über ein Gefühl von Brennen in beiden Augen. Auf der Aussenfläche beider Oberarmen liegen auf correspondirenden Stellen zwei längliche, 5 resp. 4 cm im Durchmesser haltende Geschwüre, die sich zum Theil in benachbarte alte pigmentlose Narben hinein erstrecken. Eben solche Geschwüre liegen, je zwei auf der Streckseite jedes Vorderarmes, auf dem rechten Schulterblatte, der Aussenfläche beider Oberschenkel, der Innenfläche beider

Unterschenkel und über den äusseren Fussknöcheln, wo sie bis zum Periost der Knochen vorgedrungen sind. Ferner befinden sich kleine oberflächliche Geschwüre auf der Dorsalfläche der ersten Phalanx des Zeige- und Mittelfingers der rechten Hand, dann mit Krusten bedeckte Erosionen an mehreren Fingerkuppen und Zehenrücken. Ein Theil der letzten Phalanx ist mit dem Nagel zugleich an der grossen Zehe beider Füsse necrotisch abgestossen, der Rest kolbig verdickt und mit schuppender, livider Narbe bedeckt. Alle obengenannten Geschwüre haben nach Aussage des Patienten ihren Ursprung von Blasen hergenommen, die im Laufe der letzten Monate aufgebrochen sind.

Verlauf. Bei möglichst nahrhafter Kost, dem innerlichen Gebrauche von Chinin und Eisen, unter Anwendung von feuchtwarmen Einwicklungen und Compressen war ein grosser Theil der Geschwüre, bis auf die auf der rechten Schulter, den Ellenbogen und den Fussknöcheln belegenen, gegen Mitte December zu fast vollständiger Verheilung gekommen, als sich seit dieser Zeit der leidlich gute Ernährungszustand ohne nachweisbaren Grund verschlimmerte, Appetitverlust und endlich eine nicht zu stillende Diarrhöe eintrat. Der Kräfteverfall nahm nun rapid zu, und starb der Patient nach langer Agonie endlich am **19. Januar 1874** in tiefem Collaps.

Eine Section konnte aus eingangs dargelegten Gründen nicht gemacht werden.

Fall III.

Peter Sihle, 20 Jahre alt, Lette, aus Neu-Bergfried (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst bisher ansässig, trat am **5. Mai 1870** ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern des Patienten waren gesund und sind beide vor Jahren einer acuten Krankheit erlegen. Er ist das jüngste Kind derselben; ein älterer Bruder befindet sich im Militärdienste und soll gesund sein.

Patient ist bis zu seinem 12. Lebensjahre auch vollkommen gesund gewesen. Nach einer heftigen Erkältung in einer regnerischen Herbstnacht auf der Pferdehütung erkrankte er

damals an einem mehrwöchentlichen fieberhaften Leiden. Bald nach Ablauf desselben trat über dem rechten Schienbeine eine grosse „Wasserblase“ plötzlich auf, aus welcher sich ein sehr langsam heilendes Geschwür bildete. In den folgenden Jahren wiederholten sich solche Blasenausbrüche mehrmals an verschiedenen Körperstellen, so an den Oberschenkeln, Unterschenkeln, Armen, auf der Stirn, den Wangen. Ueberall gingen sie in bald langsamer, bald rascher heilende Geschwüre über. Vor zwei Jahren trat noch ein anderes Hautleiden hinzu, das auch gegenwärtig, vor wenig Wochen recidivirend, besteht, und ihn durch heftiges Jucken so plagte, dass er sich wund kratzte. Dieser Ausschlag und einige Geschwüre, die wieder in letzterer Zeit aus Blasen entstanden waren, führten ihn jetzt ins Hospital.

Status praesens. Patient ist von kleiner, gedrungener Statur und erscheint dem Aussehen nach jünger, als er ist. Die Musculatur ist mit Ausnahme der auffallend mager erscheinenden Arme und Beine ziemlich gut entwickelt.

Der Kopf ist mit dicht stehendem blonden Haar bedeckt. Die Augenbrauen und Wimpern fehlen vollständig. Die Augäpfel sind blass geröthet, die unteren Lider etwas ectropionirt. Auf der Conjunctiva bulbi findet sich, nach innen vom Cornealrande, auf beiden Augen ein mehr als senfkorngrosses, flaches, gelbliches Knötchen, zu welchem spärliche kleine Gefässreiserchen hinziehen. Die Cornea ist beiderseits klar, keine Lichtscheu vorhanden, das Sehvermögen ungetrübt. Die Stirnhaut ist glatt, zeigt jedoch deutlich quer verlaufende, durch die Stirnrunzeln getrennte, infiltrierte Wülste. Auf beiden Stirnhöckern liegt eine etwa ein 20-Copekenstück grosse, pigmentlose, runde, strahlige Narbe. Die Augenbrauengegend ist ebenfalls wulstförmig verdickt. Auf der Mitte beider Wangen liegen ebensolche Narben, wie jene auf der Stirn. Die Nasenspitze ist deprimirt, das Septum beiderseits erodirt und zum Theil mit schwarzen Krusten bedeckt. Mund- und Rachenhöhle zeigen nichts Abnormes.

Die Hautfarbe ist im Allgemeinen blass, ins Gelbe fallend, mit Ausnahme der Vorderarme und Unterschenkel, die gelbbraun pigmentirt erscheinen und auf welchen sich zahlreiche rundliche weisse Flecken, Narben von aus Blasen entstandenen Geschwüren, befinden, wie solche sich noch an den Oberschenkeln,

den Oberarmen zahlreich vorfinden. Ueber der Mitte des rechten Hüftbeinkammes befindet sich ein oberflächliches ovales Geschwür, das vor kurzem aus einer Blase entstanden sein soll. Der Grund desselben ist mit feinkörnigen Granulationen und spärlichem puriformen Secrete bedeckt, die Ränder entzündlich geröthet und etwas geschwellt. An correspondirender Stelle linker Seite liegt ein nach Form und Aussehen ganz ähnliches Geschwür, das jedoch zum Theil mit unebener, krümliger, brauner Kruste bedeckt ist und ebenso wie jenes, doch acht Tage später aus einer Blase entstanden sein soll. Auf der Mitte beider Handrücken liegt ein in gleicher Weise entstandenes kleines, rundes, oberflächliches Geschwür. Die Hände sind sehr mager, die Finger etwas contrahirt, die Handballen atrophirt. Ueber dem ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichts und der Hände, findet sich ein Eczem, dessen Papeln besonders an den Beinen vielfältig abgekratzt und mit schwarzen Krusten bedeckt sind. Beide Fussgelenke und Fussrücken sind leicht ödematos geschwellt.

In den Inguinalgegenden finden sich mehrere geschwellte Drüsen.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist nicht alterirt, er klagt nur über Jucken in der Haut und ein Gefühl von Vertauben in den Händen und Füßen. Bei Prüfung der Sensibilität mit Nadelstichen ergiebt sich dieselbe sehr bedeutend herabgesetzt auf der Stirn, den Wangen, den Oberarmen von den Schultern an, den Oberschenkeln von dem Hüftbeinkamme an nach abwärts zunehmend, so dass von den Ellenbogen resp. den Knieen ab bis zu den Fingern und Zehen vollständige Anästhesie vorhanden, mit Ausnahme der Finger und Zehenspitzen, die normale Empfindlichkeit besitzen. Die Ulnarnerven fühlen sich beiderseits am Ellenbogen deutlich verdickt an. Die Conjunctiva verträgt die Berührung mit einem Federbarte ohne reflectorischen Lidschluss. — Die Haut des *Penis* wie der *Glans* sind empfindlich, nicht aber das Scrotum. Die Genitalien sind überhaupt nur pueril entwickelt, die Testikel klein, die Pubes sehr spärlich.

Verlauf. Ueber den weiteren Krankheitsverlauf ist zu berichten, dass alle Geschwüre in etwa Monatsfrist unter Warmwasser-Compressen heilten mit Zurücklassung einer anfangs blassrosafarbenen, doch rasch weisswerdenden Narbe. Das Eczem

heilte ziemlich rasch nach Theereinpinselungen, recidivirte aber nach etwa drei Wochen, um wieder derselben Medication zu weichen. Am 27. Mai trat nach vorausgegangenem ziemlich lebhaften Fieber (Temp. über 39° C.) und heftigen Schmerzen in den Beinen während einer Nacht in beiden Kniekehlen zugleich eine grosse, pralle, längliche Blase auf, die beim Anstechen nur zum geringsten Theile ihren Inhalt entleerte, der aus einer klaren, etwas gelblichen, viscos-gallertartigen Masse bestand. Nach Abheben der Blase auf der rechten Kniekehle und Abspülen ihres Inhaltes lag das fein roth punktirte Corium bloss zu Tage. Nach wenigen Stunden hatte sich über demselben eine dünne Exsudatschichte gebildet, die bereits nach 24 Stunden zu einer gelblichen, krümligen Kruste eingetrocknet war. Die auf der linken Kniekehle sich selbst überlassene Blase war nach 24 Stunden, nach spontanem Abflusse eines Theiles ihres Inhaltes, zusammengesunken, nach weiteren 24 Stunden eingetrocknet und bildete nun eine an den Rändern dicke, in der Mitte glatte, bräunliche Kruste, die sich in den nächsten Tagen von den Rändern aus ablöste und nun ein, dem der andern Seite gleiches flaches, reizloses Geschwür darstellte. Beide Geschwüre kamen erst nach sechswöchentlichem Bestande zur Verheilung unter Hinterlassung einer Narbe von bereits vielfach geschilderter Beschaffenheit. Ende October, als Patient von seinen Geschwüren und dem Eczem geheilt entlassen werden sollte, trat plötzlich wieder unter lebhaften Fieberbewegungen, erst oberhalb der rechten, nach wenigen Tagen auch oberhalb der linken Patella ein Blasenaufruch ein. Noch vor Abheilung der aus diesen Blasen entstandenen Geschwüre wiederholte sich dieselbe Scene Anfangs December mit Blasenbildung und nachfolgenden Geschwüren über beiden Ellenbogen. Letztere heilten ziemlich rasch, so dass Patient wieder Ende December entlassen werden sollte, als er das Unglück hatte, sich an einer heissen Ofenthüre an der Ulnarseite der linken Hand eine grosse Brandwunde zuzuziehen, ohne es gefühlt zu haben. Die Heilung dieser Wunde zog sich bis zum März des nächsten Jahres (1871) hinein, wo wieder kleine Blasen an den Unterschenkeln aufbrachen, doch diesmal ohne Fieber. Die Geschwüre heilten zum grössten Theil bereits unter der Kruste ziemlich rasch.

Die Entlassung des Patienten wurde jetzt nochmals bis zum 12. Mai (1871) verzögert, da er an Varioloiden erkrankte, die sehr milde verliefen und keinen Einfluss auf die leprösen Erscheinungen hatten.

Am 28. November 1874 trat Patient wieder ins Hospital wegen seit mehr als einem Jahre bestehender grosser Fussgeschwüre.

Der Ernährungszustand des Patienten war jetzt sehr herabgekommen: er ist äusserst mager geworden, die Augen liegen tief, mit grauen Schatten umgeben, der Gesichtsausdruck ist schlaff, müde, die Stimme heiser, die Haut welk, weissfarben. Die Stirn fand sich jetzt mit mehreren erbsengrossen, theils hellbraunen, theils ungefärbten Knoten besetzt, ebenso die Augenbrauenbogen, Wangen, das Kinn, die Ohrläppchen. Die Conjunctiva bulbi beider Augen ist stark geröthet, die früher auf ihr vorhandenen Knötchen haben sich in kleine Geschwüre verwandelt. Auch auf der zum Theil getrübbten Cornea beider Augen finden sich kleine oberflächliche Geschwüre am inneren Rande derselben. Das Sehen ist hierdurch sehr beeinträchtigt.

Patient klagt besonders über zeitweise eintretenden Schmerz beiderseits nach dem Verlaufe der Supraorbitel-Nerven.

Beide Kniee sind mit mehreren kleinen Geschwüren, fünf rechter-, vier linkerseits, bedeckt. Auf dem unteren Drittheil der rechten Tibia liegt ein Handflächen grosses Geschwür, von callosen Rändern unregelmässig umgrenzt, mit warzenförmig zerklüftetem und mit grauweissem, stinkendem Secrete bedecktem Grunde. Die Schienbeine sind beide deutlich verdickt. Beide Füsse sind durch pralles Oedem stark geschwellt. Ebenso beschaffene Geschwüre, wie auf den Unterschenkeln, liegen auf dem Aussenrande des linken und dem Innenrande des rechten Fusses, auf mehreren Fusszehen an beiden Füßen. Alle Geschwüre sollen ursprünglich aus Blasen entstanden sein und sich allmählich durch Zerfall benachbarter alter Narben vergrössert haben.

Seit mehr als zwei Jahren leidet Patient an fast beständigem Husten und in den letzten Wochen an hartnäckigen Durchfällen. Ein Recidiv des Eczems sei bisher nicht mehr eingetreten.

Die Untersuchung der Lungen ergibt nur die Zeichen eines

chronischen Katarrhs der grossen Bronchien, nirgends Verdichtungssymptome. Die Rachenhöhle ist schieferfarben, der Kehledeckelrand eben, doch etwas verdickt, die Taschenbänder etwas geschwellt, blass geröthet, ebenso die Aryknorpel. Die Stimmbänder sind leicht geröthet. Beim Husten wird zäher, glasiger Schleim herausbefördert.

Verlauf. Die Geschwüre zeigten wochenlang kaum eine Tendenz zur Heilung, obgleich sie wohl reiner wurden und nur spärlichen, dünnen Eiter lieferten. Die Geschwüre an den Fussrändern und auf den Fusszehen drangen allmählich immer mehr in die Tiefe und führten an der letzten Phalanx der zweiten rechten und linken Zehe zur Abstossung derselben, worauf der zurückbleibende Stumpf sich ziemlich rasch mit livider, schuppender Narbe bedeckte.

Anfangs Januar 1875 verschlimmerte sich der Husten und stellte sich ein eitriger, bluthaltiger Auswurf ohne Fieber ein. Die Untersuchung ergab jetzt in beiden Lungenspitzen Verdichtungssymptome.

Die Ernährung wollte trotz kräftiger Kost sich nicht bessern. Von Zeit zu Zeit traten Durchfälle ein, die sich freilich immer leicht durch Opiate und Plumb. acet. beseitigen liessen. Unter entsprechender Medication besserte sich endlich auch im April der Husten, nachdem der bluthaltige Auswurf schon nach wenigen Tagen cessirt hatte und puriformer Schleim in mässigen Quantitäten leicht expectorirt wurde. Die Geschwüre auf den Unterschenkeln hatten sich inzwischen von den Rändern aus langsam vernarbend verkleinert, während die andern kleineren Geschwüre, mit Ausnahme der auf den Fussrändern belegenen, mit dünner schuppender Narbe verheilt waren.

Mitte Mai trat plötzlich eine schmerzhaftes Anschwellung sämmtlicher Finger beider Hände mit Ausnahme der letzten Glieder ein, so dass sie spitz kegelförmig erschienen. Diese Anschwellung bestand gegen sechs Wochen, um dann langsam zu schwinden. Während der Sommermonate befand sich der Patient ziemlich gut, der Husten quälte ihn weniger, der Appetit und die Verdauung waren besser und damit auch der allgemeine Ernährungszustand ein besserer geworden, doch an den noch offenen Geschwüren liess sich trotzdem keine Aenderung zum Bessern

bemerken. Erst im August machte die Heilung derselben wieder bessere Fortschritte, und die Unterschenkelgeschwüre hatten sich Anfangs September bis auf $\frac{1}{4}$ ihrer ursprünglichen Grösse durch Vernarbung geschlossen, als dann wieder unter Fieberbewegung ein Blasenaufruch, erst auf dem linken, dann nach acht Tagen auf dem rechten Fussrücken stattfand. Vierzehn Tage später folgten diesen drei Blasen auf dem linken Oberschenkel, die sich mit den Rändern fast berührten und zu einem länglichen Geschwüre mit ausgebuchteten Rändern führten. Die Heilung der alten Geschwüre schritt nun nicht weiter fort, vielmehr vergrösserten sie sich seit Anfang October durch erneuten Zerfall der an der Peripherie gebildeten Narbe. Die Ernährung des Patienten machte nun wieder Rückschritte, der Husten verschlimmerte sich, es trat zeitweilig wieder blutiger Auswurf ein. Schon während der letzten Monate schien eine Verkleinerung der Knoten im Gesicht stattgefunden zu haben, die seit dem October in deutlichst wahrnehmbarer Weise unter Abschliffen rasch fortschritt, so dass sie im December 1875 auf der Stirn nur undeutlich in der allerdings noch infiltrirten Haut fühlbar, nicht aber mehr sichtbar waren. Ein gleiches war im Gesicht und den Ohrläppchen der Fall.

Vom Januar bis zum April 1876 wiederholten sich noch mehrmals Blasenaufrüche auf den Extremitäten mit gleichem Verlaufe, bald ohne vorausgehendes Fieber, bald unter leichten Fieberbewegungen. Anfangs Februar trat ziemlich plötzlich eine Kerato-Iritis auf dem rechten Auge auf, die trotz entsprechender Behandlung zur Perforation der Cornea führte. — Im folgenden Monate erkrankte in gleicher Weise auch das linke Auge. Ein hier entstandenes Cornealgeschwür führte nach vierwöchentlicher Dauer zu einem die Pupille zum Theil verdeckenden Leucom.

Am 19. April 1876 musste der Patient, fast vollkommen blind, mit offenen grossen Fussgeschwüren, die ihm das Gehen fast unmöglich machten, von beständigem Husten geplagt, fast stimmlos, seiner Gemeinde ausgeliefert werden, da sie die Curkosten für denselben nicht mehr zahlen konnte oder wollte. Was aus dem Patienten später geworden, habe ich nicht erfahren.

Fall IV.

Iwan Romanow Krasilnikow, 46 Jahre alt, in Mitau geboren und daselbst als Kornmakler lebend, trat am **4. Februar 1873** ins Hospital.

Anamnese. Der Vater des Patienten erreichte angeblich ein Alter von über 100 Jahren und war bis ins späte Alter stets gesund gewesen. In den letzten Lebensjahren jedoch habe er an derselben Krankheit, wie der Patient selbst, gelitten: an einem Knotenausschlage im Gesicht, auf Armen und Beinen, dann an häufigem Aufbruch von „Wasserblasen“ und grossen Fussgeschwüren. Die Mutter verlor er früh und weiss sich ihrer nicht zu erinnern. Geschwister besitzt er nicht.

Der Patient ist Witwer und hat einen gegenwärtig 23 Jahre alten Sohn, der bisher vollkommen gesund ist. Er selbst ist auch bis vor 15 Jahren stets gesund gewesen. Damals habe er eine längere Zeit dauernde fieberhafte Krankheit mit heftigen Gliederschmerzen überstanden und während der Reconvaleszenz von derselben seien die ersten Erscheinungen seines gegenwärtigen Leidens aufgetreten. Es seien damals anfangs auf der Stirn, den Vorderarmen und endlich den Unterschenkeln kleine rothe Flecken aufgetreten, die langsam sich vergrösserten und endlich, nach einem Jahre etwa, zu Knoten erhoben von verschiedener Grösse. Zwei Jahre darauf traten zum ersten Male nach kurzem Unwohlsein plötzlich aufschliessende Blasen auf, zuerst auf den Knien, den beiden Ellenbogen, den Vorderarmen und Unterschenkeln. Aus allen Blasen gingen bald rascher, bald langsamer heilende Geschwüre hervor. Nach dem Auftreten der Blasen bemerkte Patient ein langsames Verschwinden der Knoten, so dass sie nach etwa 4jährigem Bestande alle verschwunden waren.

Im Jahre 1862, am 31. October, trat Patient ins Hospital wegen Geschwüre auf den Oberschenkeln, die auch aus Blasen entstanden sein sollten.

Die folgenden Mittheilungen entnehme ich den im Hospitale damals über den Patienten geführten Krankengeschichten, die, da Patient später noch mehrmals sich ins Hospital begeben, bis zum September 1869 reichen.

Im Jahre 1862 wurde Patient in der Abtheilung für Syphilitische aufgenommen und einer Jodbehandlung, dann einer Decoctur unterworfen. Er hatte damals Geschwüre auf beiden Unterschenkeln. Am 15. und 16. November, dann am 15. December sind Blasenaufrüche erst auf den Handrücken, dann am Oberschenkel notirt. Die Behandlung der aus ihnen hervorgegangenen Geschwüre bestand in Breiumschlägen und dann in innerlichem Gebrauche der Fowler'schen Solation. — Anfangs April 1863 waren alle Geschwüre geheilt und Patient verliess das Hospital.

Im Jahre 1866, den 10. December, meldete er sich wieder zur Aufnahme ins Hospital wegen eines tiefen Geschwüres auf der rechten Fusssohle, welches bereits zwei Jahre bestanden haben sollte. Das Geschwür widerstand allen Heilungsversuchen. Ende Januar 1867 trat eine schmerzhafte Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits ein. Am 19. März brach plötzlich eine Blase auf dem rechten Oberschenkel auf, mit nachfolgendem sehr langsam heilenden Geschwür. Am 23. Juni erfolgte ein solcher Blasenaufruch an beiden Nates, am 20. Juli auf dem äusseren Rande des rechten Fusses. Alle aus solchen Blasen hervorgegangenen Geschwüre waren mit Ausnahme eines Plantargeschwüres auf dem rechten Fusse bei der Entlassung des Patienten am 16. September 1867 geheilt.

Vom 9. October bis zum 1. December desselben Jahres war er wiederum im Hospital wegen eines aus einer Blase hervorgegangenen Geschwüres auf dem linken Oberschenkel und des noch offenen Plantargeschwüres. Er wurde mit geheiltem Oberschenkel — doch ungeheiltem Plantargeschwüre entlassen.

Schon am 13. December desselben Jahres trat er wieder ins Hospital wegen eines Geschwüres auf dem letzten Gliede des kleinen Fingers der rechten Hand, das als Panaritium angesehen wurde. Es kam erst nach Monaten unter Abstossung des letzten Fingergliedes zur Verheilung. Während seines Hospitalaufenthaltes, der bis zum 9. März 1868 dauerte, traten wiederholte Blasenaufrüche auf den Unterschenkeln, Händen, Fingern und Fusszehen auf, aus denen sich Geschwüre bildeten, nach deren Heilung Contractur mehrerer Finger an beiden Händen und Abstossung mehrerer Zehennägel erfolgte. Das Plantar-

geschwür bestand fort, drang kraterförmig zum Fussrücken vor, der durch ein pralles Oedem stark geschwellt war.

Vom 4. December 1868 bis zum 31. Mai 1869 war er darauf im Hospitale wegen eines Conjunctivalkatarrhs und neu entstandener Geschwüre am Oberschenkel und auf den Händen. Während dieses Hospitalaufenthaltes hat keine Blaseneruption stattgefunden.

Vom 5. Juli bis zum 25. September 1869 befindet er sich wiederum im Hospitale, anfänglich eines fieberhaften Magen- und Darmkatarrhs wegen, später wegen inzwischen wieder aus Blasen entstandener Geschwüre an den Fingern und Fusszehen, den Ober- und Unterschenkeln. Mit Ausnahme des Plantargeschwüres waren bei der Entlassung wieder alle Geschwüre geheilt. Die Contractur der Finger beider Hände hatte jedoch zugenommen und war durch Nekrose wieder ein Glied vom Zeigefinger der rechten Hand und dem kleinen Finger der linken Hand abgestossen worden.

Seit dem Sommer 1869 hat der Patient bis zu seiner gegenwärtigen Aufnahme (am 4. Februar 1873) ins Hospital jedesmal während vier Wochen im Sommer Bäder in Kemmern gebraucht, jedoch bisher ohne allen Erfolg. Tags vor seinem Eintritte ins Hospital hat er auf Anrathen eines Freundes ein warmes Laugenfuss- und Handbad genommen und sich dabei, ohne es gefühlt zu haben, an beiden Füßen und Händen ausgedehnte Verbrühungen zugezogen, die ihn jetzt veranlassten ins Hospital zu treten. — Er kam jetzt in die von mir ärztlich versorgte Abtheilung des Hospitals.

Status praesens. Patient ist von grosser, kräftiger Statur, kräftig entwickelter Musculatur, mit Ausnahme der Vorderarme, Hände und Unterschenkel, die verhältnissmässig mager erscheinen. Sein Gang ist schwerfällig und unbeholfen und muss er zur Stütze einen Stock gebrauchen.

Er hat dichtes, braunes Haupthaar. Augenbrauen, Cilien und Bart fehlen. Die Stirnhaut ist weiss, glatt, doch wulstförmig verdickt, besonders über den Augenbrauenbogen. Die Nasenspitze ist abgeflacht, das Septum cartilagineum verkürzt, nicht wund. Die Bindehaut beider Augen ist etwas geröthet,

trocken, der untere Augenlidrand steht beiderseits etwas vom Augapfel ab.

Die Haut am Rumpfe und den Extremitäten hat ein hellbraunes Colorit und erscheint an letzteren wie getigert durch zahlreiche, theils runde, theils ovale und breit streifenförmige weisse Narbenflecken. Von früheren Geschwüren besteht noch das Plantargeschwür auf dem rechten Fusse, das jetzt von ausgedehnter blasiger Erhebung der Epidermis, durch obenerwähnte Verbrühung erzeugt, umgeben ist. Solche Brandblasen bedecken beide Füsse bis zur halben Wadenhöhe und ebenso beide Hände bis zu den Handwurzeln. Ausserdem sind noch ein rundes Geschwür, von etwa Rubelgrösse, auf der rechten Kniescheibe und ein ebensolches auf dem rechten Oberarm vorhanden; ersteres soll aus einer Leprablase entstanden sein, letzteres jedoch einer Verbrennung am Ofen seinen Ursprung verdanken.

Das Allgemeinbefinden ist bis auf häufiges Kopfweh und Schwindelanfälle ungetrübt; Appetit und Verdauung gut, Schmerzen nirgends vorhanden. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits zu höckerigen Packeten geschwellt. Die Genitalien sind normal entwickelt, doch führt Patient an, dass er seit Jahren keinen Geschlechtstrieb mehr spüre. Dem Alkoholgenusse ist er aber durchaus nicht abgeneigt.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität findet sich vollständige Anästhesie an den Händen bis über den Ellenbogen hinaus, an den Füssen bis zu den Knien reichend. Herabgesetzte Gefühls-perception findet sich auf der Stirn, den Augenbrauen und der Mitte der Wangen. An den Füssen und Händen finden sich die bereits oben erwähnten Mutilationen. Das Geschwür auf der rechten Fusssohle bildet einen etwa 1 cm breiten, von einem dicken schwieligen Rande umgebenen Krater von gegen 2 cm Tiefe, zwischen dem 1. und 2. Metatarsalknochen gegen den Fussrücken vordringend.

Verlauf. Der Patient blieb bis zum **4. April 1873** im Hospital und wurde mit geheilten Brandgeschwüren, geheilten Geschwüren auf der Kniescheibe und dem Ellenbogen entlassen. Das Plantargeschwür zeigte keine Veränderung bei kaum merklicher Secretion. Blasenaufrüche hatten nicht stattgefunden.

Nachdem er im Sommer wieder Bäder in Kemmern gebraucht

hatte, meldete er sich am **4. September** (1873) im Hospitale zur Aufnahme wegen eines flachen, auf dem äusseren Knöchel des rechten Fusses und eines tiefen auf der linken Fusssohle entstandenen Geschwüres. Das alte Plantargeschwür hatte inzwischen den Fussrücken perforirt und bildete dort eine kleine, fistelartige Oeffnung, umgeben von speckig infiltrirtem Gewebe. Das Geschwür auf der linken Fusssohle lag ebenfalls zwischen dem ersten und zweiten Metatarsalknochen und sah wie mit einem Locheisen durch die schwielige Fusssohle durchgeschlagen aus. Der Grund dieses Geschwüres war blassroth und secernirte sehr wenig. Die Tiefe betrug vom Niveau der Fusssohle etwa einen halben Centimeter.

Verlauf. Während seines diesmaligen, bis zum **25. Mai 1874** dauernden Hospitalaufenthaltes kam nach drei Monaten die Dorsalöffnung des rechten Plantargeschwüres durch Vernarbung zum Verschluss; das Geschwür wurde auch von der Plantarfläche her flacher. Seit Ende December 1873 drang es jedoch wieder zum Fussrücken vor, perforirte denselben wieder und war erst kurz vor der Entlassung des Patienten wieder auf dem Fussrücken geschlossen. Das Plantargeschwür auf dem linken Fusse war schon nach einem Monat zur Heilung gekommen. Auch während des diesmaligen Hospitalaufenthaltes wurden häufige Blaseneruptionen an den Händen und Oberschenkeln beobachtet, die alle in gleicher Weise, wie alle früheren, zu bald rascher, bald langsamer heilenden oberflächlichen Geschwüren führten und anfangs eine röthliche, bald erblassende, dann pigmentlose Narbe hinterliessen.

Von einem folgenden Hospitalaufenthalte, der vom **28. September 1874 bis zum 9. Juni 1875** dauerte, ist nur zu berichten, dass er in gleicher Weise wie die bisher im Hospitale verbrachte Zeit unter häufigen Blaseneruptionen an verschiedenen Stellen der oberen und unteren Extremitäten und der Heilung der aus ihnen hervorgegangenen Geschwüre verlief. Zu erwähnen wäre, dass ein auf der Kniescheibe des rechten Beines belegenes Geschwür zur Perforation der Bursa praepatellaris führte und eine persistirende Fistel hinterliess. Das Plantargeschwür auf dem rechten Fusse war wohl flacher geworden, doch nicht geschlossen. Alle übrigen Geschwüre waren aber zur Heilung gekommen, als

der Patient das Hospital verliess und mit seltener Consequenz sich wieder nach Kemmern begeben wollte.

Bis zum Frühjahr 1879 fehlte jede Kunde von dem Patienten; da wurde er am **1. März**, schon seit längerer Zeit krank, dem Hospitale überliefert, nun an einer Pleuritis leidend, der er bereits am **4. März 1879** erlag.

Sectionsbefund. Bei der am darauffolgenden Tage vorgenommenen Section, die sich nur auf Brust und Bauchhöhle beschränken musste, fand sich der Körper hochgradig abgemagert, die Muskel blass, das Fettpolster fast ganz geschwunden. Die linke Pleurahöhle war mit mehr als zwei Liter seröser Flüssigkeit erfüllt, die Lunge comprimirt. Auch in der rechten Pleurahöhle fand sich ein geringes Exsudat.

In beiden Lungenspitzen fanden sich, in verdichtetem Gewebe eingelagert, zahlreiche weisse, feste Knötchen von Senfkorn- bis fast Erbsengrösse, Tuberkeln ähnlich aussehend, doch fanden sie sich nirgends erweicht, noch fand sich sonst eine Andeutung einer Caverne. Der mittlere und untere Lappen der rechten Lunge war ödematos, der untere Lappen der linken Lunge atelectatisch. — Die Wand des linken Herzens hypertrophirt, die des rechten verdünnt, der Klappenapparat normal. Die Wandungen des Aortenbogens erschienen jedoch etwas verdickt, ihr Lumen weit. — Die Leber war gross, fettig degenerirt, die Milz ebenfalls gross, von zahlreichen weissen Knötchen durchsetzt. Beide Nieren befanden sich im ersten Stadium Bright'scher Degeneration. Magen und Darmcanal boten nur das Bild eines chronischen Katarrhs dar.

Hinzuzufügen wäre noch, dass sich am Körper nur noch ein offenes Geschwür über dem äusseren Knöchel des rechten Fusses vorfand und beide Plantargeschwüre geheilt waren unter schuppiger Narbe.

Fall V.

Laser Hirsch, Ebräer, 62 Jahre alt, aus Litthauen (Ligum, im Gouv. Kowno) stammend, doch seit früher Jugend in Kurland an verschiedenen Orten als umherziehender Händler bisher lebend, trat wegen eines über den ganzen Körper verbreiteten Hautausschlages am **2. December 1870** ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister des Patienten waren gesund, ebenso sind seine vier Kinder und die Grosskinder in zwei Familien vollkommen gesund. —

Patient selbst ist auch bis vor drei Jahren stets gesund gewesen, damals aber hätte er sich, angeblich in Folge einer Erkältung und Durchnässung, ein etwa eine Woche dauerndes fieberhaftes Leiden zugezogen und an heftigen Gliederschmerzen gelitten. Mit eintretender Besserung bemerkte er auf der Stirn, dann den Armen und Beinen anfangs röthliche Flecken, die sich im Laufe eines Jahres allmählich zu Knoten, von ihm „Karpen“ genannt, entwickelten. Vor 2 Jahren sei ausserdem ein anderer Ausschlag, von ihm „Pferdekrätze“ genannt, aufgetreten, der von den Unterschenkeln beginnend, sich allmählich über einen grossen Theil des Körpers verbreitete und heftiges Jucken verursachte, so dass er sich oft blutig kratzte. Nach einer ihm ärztlicherseits verordneten Einreibung sei dieser Ausschlag wohl verschwunden, die „Karpen“ aber nicht. Ein vor wenigen Wochen erneutes Auftreten jenes juckenden Ausschlages führte ihn jetzt ins Hospital.

Status praesens. Patient ist von kleiner Statur, gracilem Knochenbau, hager, hält sich etwas gebeugt. Die Musculatur ist schlaff, besonders an den Armen, Händen und Unterschenkeln reducirt. Die allgemeine Hautdecke ist hellgelbbraun pigmentirt, dunkler im Gesicht, auf den Vorderarmen, Händen und Unterschenkeln.

Das Haupthaar ist stark ergraut, doch dicht. — Augenbrauen und Wimpern fehlen fast vollkommen, ebenso der Bartwuchs, der nur durch einzelne dünne Büschel auf der Oberlippe und dem Kinn vertreten ist. Die Conjunctiva bulbi et palpebrarum ist blass geröthet, trocken. Die Stirnhaut wulstförmig verdickt, besonders über den Augenbrauenbogen. Auf dem rechten Stirnhöcker liegt ein mit schwarzer Kruste bedeckter, etwa erbsengrosser Knoten. Auf der Glabella, den Augenbrauenbogen und der linken Stirnhälfte befinden sich mehrere erbsengrosse Knoten der Haut eingelagert und sie steil überragend. In der Wangenhaut sind kleine Knötchen, nur dem Gefühl erkennbar, eingelagert. Die Nasenspitze ist deutlich deprimirt. Die Nasenlöcher sind mit schwärzlichen Krusten verlagert. Die Ohrmuschel-

ränder und Ohrläppchen sind beiderseits durch Knoteneinlagerungen unförmlich verdickt. Auf der hinteren Rachenwand sind zahlreiche blasse, flache Knoten, die zum Theil exulcerirt, sichtbar. Ebensolche flache Knoten befinden sich auf dem Gaumensegel und Gaumengewölbe. Das Zäpfchen ist verdickt und seitlich verkrümmt. Arme und Beine, sowie der untere Theil des Rückens, die Nates sind mit zahlreichen, zum Theil mit Krusten bedeckten Eczempapeln besetzt.

Ausserdem liegen auf der Streckseite beider Vorderarme, auf den Ellenbogen, den Knieen und den Unterschenkeln zahlreiche erbsengrosse Knoten von oft beschriebenem Aussehen. Die Fussrücken sind ödematos geschwellt, ihre Haut trocken und schilfernd, die Zehennägel hypertrophisch verdickt, trocken, brüchig.

Es besteht Anästhesie auf der Stirn, den Ohrmuscheln, Ohrläppchen, der Streckseite der Vorderarme, am unteren Theile der Unterschenkel. Sonst ist überall normale Sensibilität vorhanden gegen Nadelstiche und den elektrischen Pinsel. Keine Drüsenschwellung vorhanden.

Verlauf. Patient verblieb bis zum **27. December** im Hospitale. Das Eczem heilte ziemlich rasch nach Theersalbeneinreibungen ab. Die Knoten auf der Stirn, die oberflächlich erodirt waren, flachten sich durch wiederholtes Wundwerden ersichtlich ab, und zeigten nach der Verheilung der Erosion eine mit hellweissen Epidermisschuppen bedeckte, über ihrer Mitte liegende dellenförmige Vertiefung. — Weitere Kunde fehlt mir über den Patienten.

Fall VI.

Jahne Legsding. Lette, 22 Jahre alt, aus Nurmhusen (Kreis Tuckum) stammend, als Schuhmacher seit mehreren Jahren in der Nähe Mitau lebend, trat am **12. Juni 1873** ins Hospital.

Anamnese. Der Vater des Patienten litt an derselben Krankheit wie er und ist vor fast 10 Jahren einem Brustleiden erlegen. Die Mutter starb vor 17 Jahren an einer acuten Krankheit, war bis dahin aber frei von Krankheitserscheinungen, wie sie der Vater darbot, (grosse braune Knoten im Gesicht, Fussgeschwüre etc.) gewesen. Die beiden Geschwister des Patienten sind bisher gesund.

Er selbst datirt sein Leiden von einer mit heftigen Gliederschmerzen verbundenen fieberhaften Krankheit her, welche er vor drei Jahren überstanden. Nach Ablauf derselben bemerkte er zuerst auf den Unterschenkeln, dann auf den Vorderarmen kleine braune Knötchen, die langsam an Grösse zunahmen. — Vor einem Jahre erschienen sie auch auf der Stirn und im Gesichte. Auf mehrere runde, pigmentlose Narben in der Umgebung der Kniegelenke aufmerksam gemacht und nach deren Ursprung befragt, berichtet Patient, dass daselbst bereits vor dem Auftreten der Knoten, etwa vor 5 Jahren, Geschwüre bestanden hätten, die sich aus Blasen entwickelten. Solche Geschwüre mit vorausgehenden Blasen seien auch am Oberschenkel vorhanden gewesen. Seit mehr als drei Jahren hat aber kein neuer Blasenaustritt stattgefunden. Gegen sein noch gegenwärtig bestehendes Hautübel hat er vor einem Jahre auf ärztliche Verordnung Pillen gebraucht, wonach er an starkem Speichelfluss und wundem Zahnfleisch gelitten, aber keine Aenderung seiner Krankheit bemerkte. In letzterer Zeit hatten sich kleine Geschwüre auf den Knoten durch Abkratzen gebildet, besonders im Gesichte, und da ihn die dadurch vermehrte Entstellung besonders genirte, ist er hilfesuchend ins Hospital gekommen.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur. Der Kopf ist mit dichtstehenden blonden Haaren bedeckt, doch fehlen Augenbrauen, Wimpern und Bartwuchs vollkommen. Die Bindehaut der Augen ist leicht geröthet, trocken.

Auf der wulstförmig infiltrirten Stirnhaut, besonders auf der Augenbrauengegend, der Glabella, den Wangen, den Lippen, Ohrmuschelrändern und Ohrläppchen befanden sich zahlreiche erbsen- bis bohngrosse Knoten, von denen mehrere auf der Stirn und den Wangen mit einer über ihrer Mitte liegenden schwarzen Kruste bedeckt sind, unter welcher sich ein kleines, unreines, kraterförmiges Geschwür befindet. Die Nasenflügel sind auch durch Knoteneinlagerung verdickt, die Nasenspitze abgeflacht, das Septum cartilagineum beiderseits verdickt und mit schwarzen Krusten zum Theil bedeckt. Die Rachenhöhle zeigt die Erscheinungen eines chronischen Katarrhs, doch keine Knoten. Die Halsdrüsen sind beiderseits schmerzhaft geschwellt. Die Hals-

und Rumpfhaut ist rein, weiss, ebenso die Haut der Oberarme und Oberschenkel.

Auf der Streckseite der Vorderarme, besonders in der Umgebung des Ellenbogengelenkes, dann über den Handwurzeln finden sich zahlreiche bronzefarben tingirte hanfkorn- bis erbsengrosse Knoten, von denen einzelne, auf den Ellenbogen und Handwurzeln belegene, in gleicher Weise wie jene auf der Stirn erodirt sind.

Ueber den Knien und an der Aussenfläche der Unterschenkel, dann über den Fussgelenken, finden sich ebenso beschaffene Knoten, doch findet an ihnen keine Erosion statt. — Ausser den bereits oben erwähnten weissen Narben über den Knien finden sich an den Aussenflächen beider Oberschenkel und der Streckseite der Arme noch einzelne solche runde, kleinen Brandwunden ähnlich aussehende Narben. Auf den Nates liegen mehr als rubelgrosse rothbraune Flecken über infiltrirter Basis, mit dünnen Epidermisschüppchen bedeckt und umgeben von zahlreichen Eczempapeln, die auch die Gürtelgegend bedecken. Die Inguinaldrüsen sind mässig geschwellt. Die cutane Sensibilität fehlt nur auf der Stirn, den Wangen, Ohrmuscheln absolut, während sie an den Vorderarmen nur stellenweise herabgesetzt, an den Unterschenkeln aber normal vorhanden ist. Die Stimme ist heiser.

Verlauf. Der Patient blieb bis zum 5. October (1873) im Hospitale. Während dieser Zeit verkleinerten sich die Stirnknoten bedeutend durch Erosion und Erweichung, und zeigten nach Verheilung der kraterförmigen, über ihrer Mitte liegenden Geschwürcchen eine livide, dellenförmige, mit weissen Schuppen bedeckte Narbe. Bei andern Knoten trat eine Verkleinerung unter lebhafter Abschuppung ein, so bei denen auf den Ellenbogen, Fuss- und Handrücken. Auch die Verdickung des Ohrmuschelrandes nahm ab, nur die Ohrläppchen zeigten keine merkliche Veränderung. — Das Eczem heilte rasch nach Theersalben-einreibung ab. — Sehr unbefriedigt von den Heilerfolgen verliess der Patient das Hospital und ist seitdem mir über denselben keine Kunde zugegangen.

Fall VII.

Moses Tetz, Ebräer, über 70 Jahre alt, aus Friedrichstadt gebürtig, seit mehr als 10 Jahren in Mitau ansässig und gegenwärtig daselbst im Armenhause lebend, früher auf dem Lande Trödelhandel treibend, trat am **15. Mai 1874** ins Hospital.

Anamnese. Beide Eltern und die Geschwister des Patienten sollen gesund und frei von solchen Krankheitserscheinungen gewesen sein, wie sie der Patient darbietet. Seine noch lebende Frau ist gesund, auch waren es bis zu ihrem in früher Jugend erfolgten Tode seine vier Kinder.

Er selbst weiss sich keiner bedeutenden überstandenen Krankheit zu erinnern. Erst vor drei Jahren will er nach kurzem allgemeinen Unwohlsein eine Anschwellung der Füße und Unterschenkel bemerkt haben. Vor einem Jahre seien darauf, erst auf den Unterschenkeln, dann im Gesicht Knoten („Karpen“) aufgetreten. Damals habe er und seine Frau wegen Erwerbsunfähigkeit und zunehmender Altersschwäche Unterkunft im Armenhause gefunden. In den letzten Jahren habe er an beständigem Schnupfen, häufigem Nasenbluten, hartnäckigem Husten und Schwerathmigkeit gelitten.

Status praesens. Patient ist mittelgross, von schlaffer, gebeugter Körperhaltung, sehr mager, so dass die welke Haut in Falten an den Lenden und Nates herabhängt. Die Haut ist im Gesichte hell bronzefarben, ebenso, doch dunkler, an den Vorderarmen, Händen und Unterschenkeln gefärbt und überall mit feinen Epidermisschuppen bedeckt.

Das Haupthaar ist spärlich und ganz ergraut. Augenbrauen, Wimpern und Bart fehlen. — Auf der Stirn, den Augenbrauenbogen, Wangen, Lippen, dem Kinn und den Ohrläppchen sind zahlreiche erbsen- bis mehr als bohnergrosse charakteristische Lepraknoten sichtbar. Mehrere Knoten auf der Stirn, deren Haut wulstförmig infiltrirt, und auf den Wangen sind in ulcerosem Zerfall begriffen und mit Krusten bedeckt. Bei einigen andern hat die sie überziehende feine, glänzende Epidermis kleine spaltförmige Einrisse, aus welchen ein klares, leicht eintrocknendes Serum hervorquillt. Die mit Krusten bedeckten

Knoten zeigen sich nach Entfernung derselben leicht blutend und oberflächlich exulcerirt, einzelne aber auch in der Mitte durch ein kraterförmiges unreines Geschwür zerstört. — Die Nasenflügel sind durch Knoteneinlagerung verdickt, die Nasenspitze fast bis zur Oberlippe deprimirt, das Septum vorn zerstört. — Auf der hinteren Rachenwand, dem Gaumensegel, am Zäpfchen, den Tonsillen, endlich am Gaumengewölbe sind ziemlich zahlreiche, flache, zum Theil oberflächlich exulcerirte Knoten sichtbar. — Die Stimme ist heiser, rauh. — Der Kehldeckenrand ist uneben, der Kehldeckel selbst sattelförmig verbogen, so dass ein Einblick in den Larynxraum nicht möglich ist. — Der Hals, die vordere und hintere Rumpffläche sind frei von Flecken und Knoten. —

Kleine hanfkorngrosse Knoten finden sich wieder erst von der Mitte des Oberarmes an und nehmen an Zahl und Grösse an den Ellenbogen zu, wo sie über dem Olecranon mehr als Bohnengrösse erreichen. Auf der Streckseite beider Vorderarme ist die Haut dunkel bronzefarben, diffus infiltrirt und mit zahlreichen hellbraunen Knoten von Erbsengrösse besetzt. Auf beiden Handwurzeln steht eine grosse Zahl mehr als erbsengrosser Knoten in dichten Gruppen beisammen. Die Hände sind sehr mager, die Ballen abgeflacht, doch frei von Knoten.

Die unteren Extremitäten bieten ein gleiches Bild wie die oberen. Auch hier sind von der Aussenseite der Oberschenkel beginnend die Knoten klein, nehmen zum Knie hin an Zahl und Grösse zu, die grössten sitzen über der Kniescheibe. Die Haut über den Waden ist in grosser Ausdehnung diffus infiltrirt und uneben durch Knoteneinlagerungen. Ueber den Fusswurzeln liegen in Gruppen vereint zahlreiche Knoten. Die Vorderfläche der Unterschenkel ist mit rissiger, schuppender Epidermis bedeckt und blauroth tingirt. Beide Füsse sind prall ödematos geschwellt und mit trockener, stark schuppender Epidermis bedeckt. — Auf der Mitte der Innenfläche des linken Oberschenkels befindet sich ein rundes, etwa 3 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür mit unreinem Grunde und callosen Rändern. — Auf dem äusseren Knöchel des rechten Unterschenkels liegt ein ebensolches, doch grösseres und tieferes Geschwür. — Auf der rechten Fusssohle liegt ein flaches, etwa 3 □ Cm. grosses Geschwür mit

blassrothem, fein granulirtem Geschwürsgrund und von schwie-
liger Sohlenhaut unregelmässig begrenzt. Ausserhalb dieser
Geschwüre sind am Fussgewölbe flache Knoten von braunrother
Farbe sichtbar. Solche Knoten finden sich auch auf der linken
Fusssohle. Die Geschwüre sollen nach Angabe des Patienten aus
zerfallenen Knoten entstanden sein.

Für den Ursprung des Geschwüres am Oberschenkel scheint
diese Angabe nicht zutreffend zu sein, da dieses mehr das Aus-
sehen eines aus Blasen hervorgegangenen Geschwüres hat. Doch
will der Patient sich nicht erinnern je Blasen auf der Haut be-
merkt zu haben.

Anästhesie findet sich auf der Stirn, über den Augenbrauen,
auf der Mitte der Wangen, über den Lippen, dem Kinn, an den
Armen, an den Ellenbogen bis zur 3. Phalanx der Finger, an
den Beinen vom Knie bis zu den Zehenspitzen. Letztere und
die Fingerspitzen sind gegen Nadelstiche empfindlich, sowie sonst
alle übrigen Hautpartien. — Drüsenschwellung leichten Grades
findet sich nur in der Leistengegend beiderseits.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist besonders durch
Husten und Dyspnoe gestört, die durch chronischen Bronchial-
katarrh und Lungenemphysem bedingt sind. Ausserdem haben
seine Kräfte sehr abgenommen durch häufig eintretende und
dann längere Zeit anhaltende Durchfälle, die auch gegenwärtig
wieder bestehen.

Verlauf. Ueber den weiteren Krankheitsverlauf ist zu be-
richten, dass nach Sistirung der Durchfälle der anfangs darnieder-
liegende Appetit sich hob und Patient sich gegen Ende Mai bei
gleichzeitig vermindertem Husten ziemlich wohl fühlte, auch die
Geschwüre ein besseres Ansehen gewonnen hatten, das Ober-
schenkelgeschwür besonders entschieden zur Vernarbung tendirte.
Da erkrankte er am 1. Juni plötzlich unter lebhaftem Fieber
(Temp. bis 39,5° C.) und heftigen Schmerzen in beiden, besonders
im rechten Beine. Tags darauf hatte das Fieber abgenommen,
doch bestanden die Schmerzen noch fort. Am dritten Tage war über
Nacht eine grosse Leprablase, die Dorsalfäche der zweiten Zehe
des rechten Fusses einnehmend, entstanden. Sie nahm den oft
beschriebenen Verlauf in oberflächliche Geschwürsbildung. Schon
nach 14 Tagen wiederholte sich dieselbe Scene an der Aussen-

fläche des rechten Oberschenkels. Durch das auch diesmal vorausgehende Fieber, mehr aber noch durch einen wieder eintretenden starken Durchfall bei vollständigem Appetitmangel äusserst geschwächt, erlag Patient einem rasch sich entwickelnden Pleura- und Pericardium-Ergüsse am **2. Juli (1874)**.

Eine Section konnte nicht gemacht werden.

Fall VIII.

Jahn Oberst, 28 Jahre alt, Lette, unverheirathet, aus Neu-Bergfried (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst bisher lebend, trat am **6. Mai 1874** ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister sind gesund und noch am Leben. In der Verwandtschaft ist ihm kein gleicher Krankheitsfall, wie der seine, bekannt.

Er selbst ist, bis vor zwei Jahren nie erheblich krank gewesen. Damals traten nach kurzem fieberhaften Leiden, welches er ein Flussfieber nennt, röthliche Flecken auf den Unterschenkeln auf, aus denen sich angeblich schon nach wenigen Wochen Knoten entwickelten. Einige Monate darauf erschienen solche Flecken auf der Stirn, den Augenbrauen, aus denen allmählich auch Knoten wurden. Vor einem halben Jahre bildeten sich auf den Unterschenkeln angeblich aus Knoten die noch gegenwärtig bestehenden Geschwüre, zuerst auf dem linken, dann auf dem rechten Unterschenkel. An Syphilis will er nie gelitten haben, auch finden sich keine darauf hinweisenden Spuren.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Grösse, kräftiger Statur und Musculatur, namentlich am Rumpfe, den Oberarmen und Oberschenkeln, während Vorderarme, Hände und Unterschenkel etwas mager erscheinen.

Den Kopf bedeckt dichtes blondes Haar. Von den Augenbrauen und Cilien sind nur dürftige Reste vorhanden; der Bartwuchs fehlt. Die wulstförmig verdickte Stirnhaut ist besonders über den Stirnhöckern und den Augenbrauenbogen, der Glabella, mit zahlreichen bis erbsengrossen, theils unverfärbten, theils hellbraun tingirten Knoten bedeckt. Im Gesicht sind keine Knoten sichtbar, auf dem Kinn jedoch kleine knotenförmige Infiltrationen fühlbar. Die Nase ist in der Mitte eingesunken,

ihre Spitze nach oben gerichtet. Das Septum cartilagineum ist erodirt und an der Grenze des Vomer perforirt. Die Rachenschleimhaut ist schieferfarben, warzig, mit glasigem Schleime bedeckt; die Uvula verdickt, verlängert und seitlich verkrümmt. — Auf den durch ihre dunklere hellbraune Farbe gegenüber der weissen Farbe der allgemeinen Hautdecke contrastirenden Vorderarmen und Unterschenkeln finden sich, besonders auf ihren Streckseiten, zahlreiche braunröthliche kleine Knötchen, die grösser auf den Ellenbogen und Handwurzeln werden. Auf beiden Handrücken liegen mehr als rubelgrosse oberflächliche Geschwüre von unregelmässiger Umgrenzung und fein granulirtem Grunde. Sie sollen von einer Verbrennung am heissen Ofen herrühren, die er nicht gefühlt.

Aehnliche, doch regelmässig runde, feingranulirte Geschwüre bestehen auf correspondirenden Stellen beider Unterschenkel. Diese sollen ihren Ursprung auch einer Verbrennung verdanken. Diese Verbrennung soll aber, wie auch jene auf den Handrücken, nicht durch directe Berührung mit der heissen Ofenfläche oder Ofenthür zu Stande gekommen sein, sondern durch die strahlende Wärme des Ofenfeuers. Es ist hiernach wohl wahrscheinlich, dass wir es hier mit genuinen Leprablasen zu thun haben, für deren sonst ihm unerklärbares Erscheinen der Patient die Einwirkung der Ofenhitze verantwortlich machen will. — Auf der Vorderfläche beider Unterschenkel befinden sich grosse Geschwüre, die beiderseits etwa 5 Cm. unterhalb der Spina tibiae beginnen, nach unten zu sich bis auf 5 Cm. verbreitern und gegen 10 Cm. tief herabreichen. Ihre Ränder sind callos, unregelmässig, höckerig; der Geschwürsgrund ist glatt, glänzend, wie mit Firniss bestrichen, blassroth. — An den Unterschenkeln finden sich ferner kleine Knoten von hellbrauner Farbe in geringer Zahl auf und neben den Kniegelenken, grössere Knoten von dunklerer Farbe liegen zu beiden Seiten der Achillessehnen beider Füsse. — Die Fussrücken sind leicht ödematos geschwellt. — Drüsenschwellung findet sich in geringem Masse nur in den Leistengegenden.

Anästhetisch erweist sich die Stirn, der untere Theil der Vorderarme und einzelne inselförmige Partien über der Streckseite der Unterschenkel. Die grossen Fussgeschwüre sind bei Berührung und auch spontan nicht schmerzempfindlich.

Verlauf. Während des Hospitalaufenthaltes des Patienten, der bis zum **22. März 1875** währte, waren im Zustande desselben folgende Veränderungen eingetreten.

Bei gleichbleibendem, ziemlich gutem Ernährungszustande und sonst ungetrübtem Allgemeinbefinden war der letzte Rest der Augenbrauen und Cilien geschwunden, hatten sich mehrere Knoten auf der Glabella und den Augenbrauen, theils unter lebhafter Abschuppung, theils unter oberflächlicher Erosion, bedeutend abgeflacht und ein helleres Colorit angenommen. Der Nasenrücken war noch tiefer eingesunken. — Die Geschwüre auf den Handrücken und auf den Oberschenkeln waren nach 2 Monaten bereits verheilt mit anfangs rosarother, schnell erblassender, dünner, strahliger Narbe. Die grossen Unterschenkelgeschwüre hatten von den Rändern aus vernarbend sich wohl bis auf die Hälfte ihrer ursprünglichen Grösse verkleinert, dann waren sie aber unverändert seit Monaten geblieben, und erschienen trocken, glänzend, blassroth. Die Knoten neben den Achillessehnen hatten sichtlich sich vergrössert. Ein Blasenaufruch ist nicht mehr beobachtet worden. In Bezug auf die bei der Aufnahme constatirte Anästhesie ist zu bemerken, dass dieselbe sich über den ganzen Unterschenkel verbreitete, während sie an den Armen, den Vorderarmen speciell, nicht gleich zu verschiedenen Zeiten war, da mehrmals Nadelstiche an Stellen percipirt wurden, die früher unempfindlich waren.

Nach der Entlassung des Patienten ist mir keine weitere Kunde über ihn zugekommen.

Fall IX.

Lina Berkowitz, Ebräerin, 48 Jahre alt, in Mitau geboren und daselbst ansässig, Wittwe, stellte sich in meiner Hausambulanz am **10. Mai 1871** vor.

Anamnese. Die Eltern der Patientin, ihre Geschwister und ihr Mann waren bis zu ihrem Tode frei von Krankheitserscheinungen, wie sie Patientin darbietet. Ihre vier Kinder sind ebenfalls bis jetzt gesund.

In ihrer Verwandtschaft ist ihr kein ähnlicher Krankheitsfall bekannt.

Sie selbst erkrankte vor $1\frac{1}{2}$ Jahre ohne ihr bekannte Veranlassung unter Fieber, Gliederschmerzen, grossem Schwächegefühl. Wenige Wochen nach überstandener Krankheit will sie zuerst kleine rothe „Karpen“ (Knötchen) auf der Stirn, später auch auf den Armen bemerkt haben. Dieselben vergrösserten sich rasch, traten auch auf dem Gesichte auf, erschienen auf den Beinen und zuletzt auf den Augenlidern. Sie wurde im 15. Lebensjahre menstruiert. Seit sechs Jahren cessiren die Menses.

Status praesens. Patientin ist von kleiner hagerer Statur, gebeugter Körperhaltung. Die Gesichtshaut ist namentlich über der Stirn, den Augenbrauenbogen, Wangen, der Nase und dem Kinn bronzefarben. Die Augenbrauen sind nur durch einige wenige Haare vertreten, die Cilien fehlen vollkommen.

Das schwarze Haupthaar ist sehr undicht. Auf der wulstförmig verdickten Stirnhaut und Augenbrauenbogen, den Wangen, der Oberlippe und dem Kinn stehen zahlreiche hanfkorn- bis erbsengrosse hellbraune Knoten. Beide Ohr läppchen sind durch Knoteneinlagerung verdickt, doch von normaler Farbe. Auf beiden oberen Augenlidern liegen je 3—4 kleine, kaum hanfkorn-grosse, braunroth tingirte Knötchen. — Die Nase ist intact, ebenso die Nasenscheidewand und die Mund- und Rachenschleimhaut. Beide Augen bieten das Bild eines chronischen Con-junctivalkatarrhs mit schleimig eitrigem Secrete, das zu gelblichen Krusten an den Augenwinkeln eingetrocknet ist. — Auf der hellbronzefarben pigmentirten Streckseite des rechten Vorderarmes liegen zerstreut einzelne flache, dunkelbraun gefärbte Knoten von der Grösse kleiner Erbsen. Auf der entsprechenden Stelle des linken, ebenso pigmentirten Vorderarmes sind nur gleichgrosse Flecken sichtbar, während die unter ihnen liegende Haut in grösserem Umfange sich diffuse infiltrirt anfühlen lässt. Solche Flecken auf infiltrirter Haut finden sich auch auf der Vorder- und Aussenfläche beider Unterschenkel. Die übrige Körperhaut ist frei von Flecken und Knoten. Die cutane Sensibilität findet sich stark herabgesetzt auf der Stirn, den Ohr läppchen und kleinen inselförmigen Stellen über der Streckseite der Vorderarme und Unterschenkel. Die übrige Körperoberfläche zeigt normale Empfindlichkeit gegen Nadelstiche. Ordinirt wurde der innerliche Gebrauch von Jodeisensyrup.

Am 10. Februar 1879 erschien sie nochmals in meiner Hausambulanz. — In ihrem Zustande waren seitdem folgende Veränderungen eingetreten. Sämmtliche Knoten hatten sich bedeutend vergrössert, an Stelle der Flecken waren überall Knoten getreten. Es finden sich jetzt grosse Knoten über beiden Ellenbogen, den Handwurzeln, den Knieen und Fussgelenken. Die Nasenscheidewand war exulcerirt und perforirt, die Nasenspitze deprimirt. Auf der Conjunctiva bulbi des linken Auges waren nasalwärts je 2 kleine gelbliche Knötchen sichtbar; auf der rechten Cornea lag ein senfkorngrosses, tiefes Geschwürchen. Die Knoten auf den Lidern hatten sowohl an Grösse als an Zahl zugenommen, die Lidränder waren exulcerirt und uneben, zerklüftet. — Es war jetzt vollkommene Anästhesie auf der Stirn, im Gesichte (mit Ausnahme der Nasenspitze und des rothen Lippensaumes), den Vorderarmen und Unterschenkeln (mit Ausnahme der letzten Finger- und Zehenglieder) vorhanden. Die Schwellung der Inguinaldrüsen hatte bedeutend zugenommen. — Die Ordination bestand in Atropin-Einträufelung ins Auge und dem Gebrauche von leichten Abführmitteln, da Neigung zur Obstipation vorhanden.

Am 13. Februar 1881 wurde die Patientin von ihren unbemittelten Angehörigen dem Hospitale übergeben.

Ihr Aussehen hatte sich bis zur Unkenntlichkeit verändert. Sie war körperlich so entkräftet, dass sie auf's Bett getragen werden musste. Auch geistig schien sie gelitten zu haben: die Sprache war kaum verständlich und ihre Antworten den an sie gerichteten Fragen nicht entsprechend, zusammenhangslos, so dass über ihr bisheriges Befinden aus ihr nichts herauszubringen war.

Status praesens. Auf dem linken Stirnhöcker fiel zunächst ein grosses, dreieckiges Geschwür mit scharf geschnittenen Rändern auf, unter welchem das mit nekrotischen Zellgewebsetsen und jauchigem Exsudate bedeckte Periost des Stirnbeines lag. Auf der Stirn standen nur noch einzelne in geschwürigem Zerfall begriffene Knoten über dem rechten Stirnhöcker und den Augenbrauenbogen. Unverändert waren die Knoten auf den Lidrändern, die, mit kleinen Geschwüren bedeckt, an mehreren Stellen wie ausgezackt erschienen. Auf beiden central leucomatos getrüben

Hornhäuten lagen mehrere kleine Geschwüre. Die Knoten auf den Wangen waren mit schwarzen Krusten bedeckt und unter ihnen exulcerirt. Die Nasenspitze berührte die Oberlippe, das Septum cartilagineum zeigte eine grosse Perforationsöffnung. Auf dem Gaumensegel, der hinteren Rachenwand, dem Zäpfchen, dem Gaumengewölbe waren zahlreiche, blasse, flache, kleine Erhebungen sichtbar, die ohne Reaction mit der Sonde berührt werden konnten und zum Theil ihres Epithels beraubt waren.

Auf den Schultern lag jederseits ein rundliches, rubelgrosses Geschwür mit zerklüftetem, von nekrotischem Zellgewebe und stinkender Jauche bedecktem Grunde. Eben solche Geschwüre befanden sich über beiden Ellenbogen, auf beiden Handrücken, beiden Kniescheiben, auf der Dorsalfäche beider grossen Zehen, den äusseren Fussknöcheln, den Kuppen mehrerer Zehen.

In Bezug auf die Ausdehnung der cutanen Anästhesie liess sich kein genaues Resultat gewinnen, da die Angaben der Patientin sich widersprachen; doch schien es, als ob sie fast dieselben Grenzen, wie sie bei der letzten Untersuchung gefunden waren, eingehalten.

Der Puls war schwach, klein, häufig aussetzend. Das Herz schlug schwach, doch an normaler Stelle. An der Mitrals ein schwaches blasendes Geräusch. Die Herzgrenzen normal. In den Lungen grobblasige Rasselgeräusche bei normalem Percussionsschalle. Die Arteria radialis und poplitea fand sich beiderseits sclerosirt.

Eine Verdickung der Ulnarnerven konnte nicht eruiert werden, da, wie erwähnt, über denselben am Ellenbogen beiderseits grosse Geschwüre lagen. Der Leib war eingesunken, bei Druck etwas empfindlich. Leber und Milz gaben normale Percussionsgrenzen.

Es bestand ein colliquativer Durchfall mit unwillkürlichen Abgängen. Beide Unterschenkel waren ödematos geschwellt.

Verlauf. Ueber den weiteren Krankheitsverlauf bis zum Tode der Patientin ist zu bemerken, dass der Durchfall mit kurzen Unterbrechungen sie nicht verliess, dass es auf beiden Augen zur Erweichung und Perforation der Cornea mit Verfall der Linse und des Glaskörpers kam, dass die Secretion sämmtlicher Geschwüre vollkommen aufhörte und sich dieselben mit einer dünnen gelben Kruste bedeckten.

Unter stetig zunehmendem Kräfteverfall starb endlich die Patientin am **9. März 1881** an Lungenödem und Herzparalyse nach dreitägiger Agonie.

Fall X.

Jankel Urdang, Ebräer, 49 Jahre alt, aus Litthauen (Skudi im Kowno'schen Gouvernement) gebürtig, seit seinen Kinderjahren aber in Kurland als Schindelmacher lebend, liess sich am **22. September 1877** ins Hospital aufnehmen.

Anamnese. Die Eltern waren gesund, ebenso seine vor Jahren an acuter Krankheit verstorbenen zwei Geschwister und die noch lebenden zwei. Er ist unverheirathet. Vor einem Jahre will er zum ersten Male in Folge einer heftigen Erkältung längere Zeit krank gewesen sein. Er hat damals gefiebert und an Gelenkschmerzen gelitten, die er für rheumatisch gehalten. Einige Wochen darauf bemerkte er, erst auf den Unterschenkeln, dann Vorderarmen und endlich auf der Stirn rothe Flecken. Aus allen diesen Flecken sind im Laufe des Jahres die gegenwärtig bestehenden Knoten hervorgegangen. Vor etwa drei Monaten seien hierzu nach kurzem Unwohlsein auf den Knien grosse „Wasserblasen“ plötzlich aufgeschossen und aus ihnen Geschwüre entstanden, von welchen das auf dem linken Knie verheilt, während das am rechten Knie noch offen ist. Dieses Geschwüres und eines grösseren wegen, das auf der Aussenfläche des linken Unterschenkels belegen, ist er zur Cur ins Hospital gekommen.

Status praesens. Patient ist mittelgross, kräftig gebaut. Auf der infiltrirten, dunkelbraun gefärbten Stirnhaut und auf dem Gesichte fallen zunächst zahlreiche Knoten auf, die besonders die Glabella, die haarlosen Augenbrauengegenden, die Mitte der Wangen, die Oberlippe und das Kinn occupiren. Die Grösse der Knoten schwankt zwischen Erbsen- und mehr als Bohnengrösse (auf der Glabella und den Augenbrauenbogen). — Die Nasenflügel enthalten auch grosse Knoten, so dass sie in gleichem Niveau mit der deprimirten Nasenspitze stehen, die ebenfalls mit kleinen hanfkorngrossen braunen Knötchen besetzt ist. Die Farbe der Knoten im Gesichte ist hellbraun. Sie steigen auf der Stirn steil von der wulstförmig infiltrirten Haut auf, sind

mit glänzender dünner Epidermis bedeckt, unter welcher bei einzelnen grösseren Knoten kleine Gefässreiserchen durchscheinen. Beide Ohr läppchen sind knollig verdickt, die Ohrmuschelränder aber frei von Knoteneinlagerungen. — Auf dem harten Gaumen sitzt eine ganze Reihe von mehr als hanfkorngrossen Knoten, gleich hinter den Schneidezähnen beginnend und nach hinten bis zum Gaumensegel sich erstreckend. Auf letzterem liegen zwei oberflächlich exulcerirte flache Knoten von etwa Erbsengrösse. Die hintere, schieferfarbene Rachenwand zeigt zahlreiche warzenförmige Erhabenheiten. Beide Tonsillen sind zerklüftet, nicht aber exulcerirt.

Auf der gelbbraunen Haut der Streckseiten beider Vorderarme sind zahlreiche, flache, braungefärbte, erbsengrosse Knoten sichtbar, die dichter über den Handwurzeln und Ellenbogen stehen. Auf der Dorsalfläche der ersten Phalanx des 1. und 2. Fingers, sowohl der rechten, als linken Hand, liegt ein flaches, oberflächliches, feinkörnig granulirendes, spärlich secernirendes Geschwür. Es sollen demselben plötzlich entstandene Blasen vorausgegangen sein.

Einen gleichen Ursprung soll ein über der Patella beider Kniee belegenes rundes, ebenso beschaffenes Geschwür gehabt haben. In der Umgebung desselben liegen mehrere flache, hellbraun tingirte, mit dünnen Epidermisschuppen bedeckte, mehr als erbsengrosse Knoten. Die Haut der Unterschenkel ist livid kupferfarben, über der Tibia glänzend, rissig, in grossen Epidermis lamellen schilfernd. Auf der Aussenseite des linken Unterschenkels befindet sich ein längliches, mit ausgebuchteten, callosen Rändern umgebenes, unreines Geschwür, welches aus Knoten hervorgegangen sein soll, die durch den Stiefelschaft durchgescheuert worden sind. Auf den ödematos geschwellten Fusswurzeln liegen einige flache, schuppende Knoten. Die Epidermis der Fussrücken ist trocken, schuppend, die Zehennägel verdickt, trocken, brüchig.

Ueber dem rechten Gluteus befindet sich ein rundes, etwa rubelgrosses, flaches Geschwür mit leicht entzündeten Rändern und fein granulirendem Grunde. Es soll vor etwa 14 Tagen aus einer Blase entstanden sein.

Anästhesie besteht auf der Stirn, den Vorderarmen und

Unterschenkeln; Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits vorhanden.

Verlauf. Der Patient blieb bis zum **25. November** (1877) im Hospital. Während seines Aufenthaltes daselbst waren die Unterschenkelgeschwüre unter feuchtwarmen Compressen, dann Pflaster-einwickelungen zur Verheilung gekommen; die Geschwüre auf den Fingern und dem Gluteus waren schon nach einem Monate mit dünner, livider, grau umrandeter Narbe verheilt. Ein Anfangs November aus einer, ohne vorhergegangenes Unwohlsein aufgeschossenen, walnussgrossen Blase auf dem rechten Oberschenkel entstandenes Geschwür heilte rasch unter feuchten Compressen. Im Uebrigen war keine wesentliche Veränderung der leprosen Erscheinungen eingetreten. Das Allgemeinbefinden war, mit Ausnahme häufiger Kopfschmerzen, nicht getrübt worden. Spätere Nachrichten fehlen über den Patienten.

Fall XI.

Jahne Rosenstein, 58 Jahre alt, Lette, aus Spahren im Tuckum'schen Kreise gebürtig und daselbst lebend, trat am **7. Februar 1881** ins Hospital.

Anamnese. Weder die Eltern, noch Geschwister, noch sonst ein Verwandter leiden an einer der seinigen ähnlichen Krankheit. Seine Frau und drei Kinder sind ebenfalls gesund. — Er selbst ist auch bis vor 2 Jahren nie erheblich krank gewesen. Als Knabe hat er allerdings längere Zeit hindurch an Geschwüren auf dem linken Unterschenkel gelitten, doch sind diese seit fast 40 Jahren geheilt. — Vor zwei Jahren bemerkte er nach vorausgegangenen Schmerzen ein Vertauben, dann Gefühllosigkeit in beiden Vorderarmen und Händen, so dass ihm im Winter 1879 mehrere Finger erfroren, ohne dass er es bemerkt hatte. In Folge dieser Erfrierung verlor er die letzten Phalangen des 4. und 5. Fingers beider Hände, indem sie brandig geworden waren und sich schmerzlos abstiessen. An den übrigen Fingern kam es zur Heilung ohne Verstümmelung. — Vor einem Jahre endlich traten plötzlich nach kurzem Unwohlsein successive auf beiden Handrücken grosse „Wasserblasen“ auf, aus welchen sich bald langsam heilende Geschwüre bildeten. Der Aufbruch solcher „Wasser-

blasen“ mit gleichem Verlauf wiederholte sich in kurzen Intervallen nochmals auf den Handrücken, dann auf den Ellenbogen, den Knieen, den Fussrändern, den Zehen. — Die Geschwüre heilten theils rasch, theils sehr langsam, und die zuletzt entstandenen bestehen noch gegenwärtig nach mehr als sechswöchentlicher Dauer, und glaubt Patient, dass sie sich durch den starken Frost in letzter Zeit verschlimmert haben.

Status praesens. Der Patient ist von kräftiger Statur, gut entwickelter Musculatur, gutem Ernährungszustande. — Den Kopf bedeckt dichtes, nicht ergrautes Haar. Die Augenbrauen sind dicht, die Cilien an den oberen Lidern voll vorhanden, nur an den unteren fehlen sie in der Mitte. Auf beiden Augen besteht ein geringer Conjunctivalkatarrh mit leichter Injection der tieferen Bulbusgefässe. — Die Hautfarbe ist am Gesichte und Rumpfe von normaler Färbung und normalem Turgor. —

Auf dem linken Ellenbogen befindet sich auf livid glänzender, glatter Narbe ein rundes, 20-Copekenstück grosses central mit lamelloser Kruste bedecktes Geschwür. Diese Kruste hat sich an der Peripherie abgehoben und erscheint somit von einem geschwürigen, mit graugelbem Eiter bedeckten Rande umgeben. Ein ebenso beschaffenes, doch kleineres Geschwür liegt auf dem rechten Ellenbogen. Auf der Kniescheibe des rechten Beines befindet sich ein mehr als rubelgrosses rundes, von einer alten Narbe ringförmig umgebenes Geschwür, das sich zur Mitte hin vertieft und dort mit nekrotischem Zellgewebe bedeckt ist, während es zur Peripherie hin glatt und granulationslos, blassroth erscheint. Nach aussen und innen von diesem Geschwüre liegen noch zwei kleinere, runde, oberflächliche Geschwüre, von Aussehen und Beschaffenheit jener oft beschriebenen, aus Lepra-blasen vor kurzer Zeit hervorgegangenen Geschwüre. Ebensolche Geschwüre von 20-Copekenstückgrösse liegen auch auf der Vorderfläche des rechten Unterschenkels, auf dem äusseren Fussknöchel, dem äusseren Fussrande; kleinere auf den Dorsalflächen sämtlicher Zehen des rechten Fusses, auf dem äusseren Fussrande des linken Fusses und der Vorderfläche des linken Unterschenkels. Auf der Kniescheibe des linken Beines befindet sich eine dieselbe ganz bedeckende blauweisse Narbe mit blaugrauen Rändern umgeben. Kleinere Narben gleichen Aussehens liegen

in der Umgebung derselben. — Die linke Tibia ist deutlich verdickt, wohl durch vorausgegangene Periostitis. Die Haut über derselben ist glatt, glänzend, livid und mit feinen Epidermisschuppen bedeckt.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität mit Nadelstichen und dem elektrischen Pinsel ergiebt sich vollständige Anästhesie über beiden Vorderarmen und Händen, mit Ausnahme der Fingerspitzen, über den Unterschenkeln und Füßen, doch auch hier empfinden die Zehenkuppen Nadelstiche. An den Oberarmen und Oberschenkeln finden sich nur einzelne kleine inselförmige Bezirke auf der Aussenseite derselben mit stark herabgesetzter Empfindlichkeit. Die übrige Körperoberfläche ist normal empfindlich. — Drüsenschwellungen finden sich nirgends. — Beide Ulnarnerven fühlen sich verdickt an.

Verlauf. Während des bis zum 3. Mai dauernden Hospitalaufenthaltes wurden wiederholt Aufbrüche von Blasen beobachtet, meist nach vorausgehenden rheumatoiden Schmerzen. Es traten die Blasen auf über beiden Fussrücken, den äusseren Fussrändern, Handrücken, Fingern. Bei der Entlassung des Patienten waren alle aus diesen Blasen entstandenen Geschwüre mit röthlich-blauer, dünner, dunkelgraublau umrandeter Narbe zur Verheilung gekommen. Von den Geschwüren, mit welchen der Patient ins Hospital trat, waren alle, bis auf die auf der rechten Patella und dem rechten Oberarme, geheilt. Die Heilung dieser wollte der Patient jedoch nicht mehr abwarten.

Fall XII.

Jankel Lewin Jacobsohn, Ebräer, 30 Jahre alt, aus Tuckum stammend, Glaser und Landfahrer, trat am 15. August 1877 ins Hospital.

Anamnese. Der Vater des Patienten lebt und ist bisher gesund (vid. Fall XVII), die Mutter starb an einem Herzleiden. Sie, seine Geschwister und übrige ihm bekannte Verwandte sind alle frei von Krankheitserscheinungen, wie sie sich an ihm vorfinden.

Von Krankheiten hat er, ausser dem Kopfgrind als Knabe, Varioloiden, Ruhr, mehrfach kaltes Fieber überstanden. Seit

seinem 15. Jahre hat er an Unterschenkelgeschwüren gelitten, die langsam heilten, um nach einiger Zeit wieder aufzugehen. Vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren will er die ersten Erscheinungen seines gegenwärtigen Leidens beobachtet haben. Es traten damals ohne besondere Beschwerde, ausser einige Tage anhaltenden Gliederschmerzen, allgemeiner Abgeschlagenheit und etwas Kopfweh, auf den Unterschenkeln, ausserhalb der wieder offenen Geschwüre, braunrothe Flecken auf, die nach einiger Zeit auch auf den Vorderarmen, Ellenbogen, Handwurzeln, dann auf der Stirn, den Wangen, dem Kinn erschienen, allmählich dunkler wurden und sich in kleinere und grössere Knoten, von ihm auch „Karpen“ genannt, umformten.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, gracilem Knochenbau, schlaffer, schlecht entwickelter Musculatur, sehr geringem Fettpolster. Das dünne, braune Haupthaar zeigt auf dem Scheitel grosse haarlose Flecken. — Auf der wulstförmig infiltrirten Stirnhaut und den ebenso verdickten Augenbrauenrändern stehen zahlreiche, etwas über das Hautniveau erhabene braune Flecken und kaum erbsengrosse, ebenso gefärbte Knoten. Augenbrauen und Wimpern fehlen vollkommen. Auf den Wangen, der Oberlippe, dem Kinn finden sich auch neben infiltrirten kleinen braunrothen Flecken kleine, in Gruppen zusammenstehende Knoten. — Die Nasenflügel sind durch je einen eingelagerten grossen braunrothen Knoten so verdickt, dass sie mit der deprimirten Nasenspitze in gleichem Niveau stehen. Beide Ohr läppchen sind knollig verdickt, doch unverfärbt.

Auf der bräunlich tingirten Streckseite der Arme sind neben rothbraunen Flecken auch kleine Knötchen sichtbar von gleicher Pigmentirung, andere jedoch nur fühlbar als kleine, härtliche Einlagerungen in der Haut. Auf den Ellenbogen und Handgelenken sind die prominirenden Knoten grösser und zahlreicher.

Der untere Theil der Vorderfläche des rechten Unterschenkels ist mit einem unregelmässig umgrenzten atonischen Geschwüre von etwa 12 Cm. Länge und 8 Cm. Breite bedeckt. Der flache Geschwürsrand geht in eine livide dünne Narbe über. An der correspondirenden Stelle des linken Unterschenkels liegt eine ebensolche Narbe mit in grossen Lamellen schuppender Epidermis bedeckt. Beide Tibiae sind stark verdickt. — Auf den Knien

und Waden, den Fussgelenken sind zahlreiche schmutzig rothe, diffuse infiltrirte Flecken und flache Knoten sichtbar. — Beide Füsse sind ödematos geschwellt.

Die ganze Hautoberfläche ist normal sensibel, mit Ausnahme der Stirn, woselbst die Sensibilität herabgesetzt ist, indem nur tiefere Nadelstiche percipirt werden.

Verlauf. Während des Hospitalaufenthaltes des Patienten heilte das Unterschenkelgeschwür unter feuchtwarmen Compressen ziemlich gut bis auf eine etwa 5 □ Cm. grosse feingranulirende Wundfläche, diese aber zeigte bis in den December hinein keine weitere Heilungstendenz. Inzwischen hatten sich alle Flecken im Gesichte und auf den Extremitäten zu Knoten entwickelt und hatten sich auch neue Knoten, besonders auf den Augenbrauenbogen, den Wangen, am Kinn, den Ellenbogen, Handwurzeln, Knien und Fussgelenken eingefunden. Anfangs December trat plötzlich unter lebhaftem Fieber ein Erysipel von dem rechten Unterschenkelgeschwür aus beginnend auf und verbreitete sich nach oben hin bis über das Knie hinaus, nach unten bis über den Fuss. Nach acht Tagen erblasste es, und folgte nun eine fast drei Wochen anhaltende, sich immer wiederholende Abstossung der Epidermis in grossen, dicken Lamellen. — Seitdem heilte jedoch das Geschwür rasch und waren alle Knoten, die das Erysipel erreicht hatte, in auffallender Weise verkleinert, die kleinen aber vollkommen verschwunden. Am 17. Januar 1878 verliess Patient das Hospital.

Am 8. Juni 1881 trat der Patient wieder ins Hospital. Er berichtete, dass er bereits im Herbste 1880 wegen erneuten Aufbruches der Unterschenkelgeschwüre im Hospitale zu Alexandershöhe bei Riga einer längere Zeit dauernden Behandlung sich hat unterziehen müssen und damals von einer Gesichtsrose befallen worden sei. Die Geschwüre seien verheilt und dann erst im Sommer 1880 wieder aufgebrochen, als er sich als umherreisender Glaser in Livland befand. Damals sei er nach Dorpat in die Klinik gegangen und aus derselben wieder mit geheilten Geschwüren entlassen worden. Da sich seit einigen Wochen neue Geschwüre an den Fussknöcheln und Zehen gebildet, die ihm das Gehen unmöglich machten, ferner eine vor 14 Tagen auf-

getretene Gesichtsrose auch noch nicht abgeheilt, sei er nun hierher ins Hospital gekommen.

Status praesens. Es findet sich das Gesicht grösstentheils mit harten, grossen Epidermisschuppen bedeckt, die sich von den Ohrmuscheln förmlich futteralartig abheben lassen. Die früher auf der Stirn vorhandenen Knoten sind bis auf einzelne wenige auf den Stirnhöckern und Augenbrauenbogen verschwunden. Die Infiltration der Stirnhaut hat sich bedeutend verringert. Die Knoten auf den Nasenflügeln haben sich, ebenso wie einzelne auf den Wangen, mit dicken schwarzen Krusten bedeckt, unter welchen sich kleine, kraterförmige, mit eitrig zerfallenen Zellgewebsmassen bedeckte Geschwüre befinden. — Das Septum narium cartilagineum ist vollständig zerstört, die Nasenspitze berührt die Oberlippe. — Der rothe Lippensaum ist mit mehr als erbsengrossen, blassrosa aussehenden Knoten bedeckt. Im hinteren Rachenraume, auf dem Gaumengewölbe sind zahlreiche, zum Theil oberflächlich erodirte flache Knoten sichtbar. Das Zäpfchen ist kurz, scheinbar durch Ulceration zerstört.

Die Streckseite beider Oberarme ist von bronzefarbener, derb infiltrirter Haut in der Länge von 15 und der Breite von 8 Cm. bedeckt. Eine gleichbeschaffene infiltrirte Haut deckt die Streckseiten beider Vorderarme vom Ellenbogen bis fast zur Handwurzel herab. Die Hautoberfläche ist an beiden Stellen mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt. Auf den Ellenbogen liegen runde, flache, plattenartige, braune Hautinfiltrate, die oberflächlich von einer schuppenden Narbe bedeckt sind. — Die Muskeln beider Hände sind bedeutend atrophirt, die Finger etwas contrahirt, die Fingerglieder verdickt und mit krallenartig gekrümmten, trockenen, rissigen Nägeln bedeckt.

Auf der Aussenseite der Oberschenkel und über der Wadenfläche beider Beine ist die Haut in grosser Ausdehnung, in ganz gleicher Weise wie an den oberen Extremitäten, infiltrirt. Die früheren Unterschenkelgeschwüre sind mit livid glänzender, rissiger Narbe über den verdickten Schienbeinen verheilt. Ueber den Kniescheiben und in deren Umgebung liegen ähnliche erhabene, plattenartige Narben, wie jene auf den Ellenbogen. Auf dem äusseren Fussknöchel des rechten Fusses befindet sich ein rundes, mehr als $1\frac{1}{2}$ Rubel grosses, tiefes, mit wulstförmig

callosem Rande umgebenes Geschwür, dessen Grund zerklüftet, mit nekrotischen Zellgewebstrümmern und saniosem Eiter bedeckt ist. Ueber den letzten Interphalangealgelenken sämtlicher Zehen liegen ebensolche kleine und von erhabenen Rändern umgebene Geschwüre, die bis auf's Periost respective die Gelenkbänder in die Tiefe dringen. Beide Füße sind durch pralles Oedem geschwellt, ihre Haut grauweiss, mit feinen Epidermisschuppen bedeckt. Sowohl die Inguinal- als Cruraldrüsen sind zu grossen, höckerigen, beim Druck schmerzhaften Packeten geschwellt.

Die cutane Sensibilität findet sich auffallender Weise nirgends alterirt.

Verlauf. Der Patient blieb diesmal bis zum **5. September** (1881) im Hospitale. Das Geschwür auf dem Fussknöchel des rechten Fusses hatte sich übernarbt und bildete eine mit festhaftenden trocknen Epidermisschuppen bedeckte Grube. Die Geschwüre auf den Zehenrücken hatten sich auch mit solchen trocknen Epidermisschuppen bedeckt und bildeten runde, erhabene Narbenplatten. Die Zahl der Knoten hatte sich auf der Stirn bis auf vier vermindert, auf jeder Wange standen noch zwei, und auf jedem Nasenflügel ein Knoten. Von allen diesen Knoten hatten sich allmählich die Krusten abgelöst und eine dellenförmige, schuppende, helle Narbe hinterlassen, so dass der Patient mit vorläufiger Heilung sämtlicher Geschwüre entlassen werden konnte. In Gebrauch gezogen waren feuchtwarme Umschläge, rothe Präcipitatsalbe, Carbolsalbe in wechselnder Folge. Innerlich wurde Leberthran und Jodeisensyrup gereicht.

Schon nach drei Monaten, am **16. December 1881** fand der Patient wieder Aufnahme im Hospitale.

Sein Allgemeinbefinden hatte seitdem sich auffallend verschlimmert, auch berichtet er, dass er in den letzten Monaten selbst eine stetige Abnahme seiner Kräfte bemerkt habe.

Er war auf's äusserste abgemagert, mit tiefliegenden, glanzlosen Augen, blassgrauer, welker, überall fein schuppender Haut. Auf beiden Stirnhöckern lag je ein etwa 2 Cm. im Durchmesser haltendes rundes Geschwür mit glattgeschnittenen Rändern, glatter, düster roth glänzender trockener Basis. Auf beiden Wangen befanden sich wieder unter dicken schwarzen Krusten liegende 15-Kopekenstück grosse elevirte Geschwüre, die

nach Entfernung der Krusten bluteten und zerklüftet aussahen. Ebensolche Krusten und Geschwüre lagen auf beiden Nasenflügeln. Sämmtliche Knoten auf dem Lippensaume waren exulcerirt und mit schwarzen Krusten bedeckt; die Unterschenkelgeschwüre über beiden Schienbeinen waren im Umfange von etwa 8 □ Cm. wieder offen, zeigten flache, in die umgebende glänzende, livide Narbe auslaufende Ränder und einen feuchtglänzenden, düsterrothen, wie mit Lack bestrichenen Grund. Auch das früher erwähnte Geschwür auf dem rechten Fussknöchel war wieder offen und ebenso beschaffen wie obige. Auf dem inneren Knöchel des linken Fusses hatte sich ein neues, mit callosen Rändern umgebenes atonisches Geschwür etablirt, das in der Mitte mit festhaftender schwarzer Kruste bedeckt war. Auf den Zehenrücken waren sämmtliche früher daselbst zur Vernarbung gekommene Geschwüre wieder offen und ausserdem waren jetzt die Kuppen sämmtlicher Zehen oberflächlich exulcerirt. Auf den Ballen der grossen und kleinen Zehen beider Füsse lag je ein rundes, etwa $\frac{1}{2}$ Rubel grosses, von scharfen, durch die schwielige Haut gebildeten Rändern umgebenes Geschwür mit blassrothem, granulationslosem, glattem, wenig secernirendem Grunde. — Es bestand Anästhesie auf den Vorderarmen und Unterschenkeln von den Ellenbogen, resp. Knieen bis zu den Fingern und Zehen.

Verlauf. Der Patient blieb dieses Mal als Siecher zwei volle Jahre bis zu seinem am 15. December 1883 erfolgenden Tode im Hospital.

Bei möglichst kräftiger Kost verbesserte sich im Laufe der ersten Monate sein Ernährungszustand ersichtlich, sämmtliche Geschwüre bekamen dabei ein besseres Aussehen und schickten sich zur Verheilung an, so dass sie zu Anfang October 1882 endlich alle verheilt waren. Mit der fortschreitenden Verheilung der Geschwüre machte aber gleichzeitig die Ernährung Rückschritte und stellte sich ein hartnäckiger Husten mit Fieber und rasch zunehmender Heiserkeit ein. Einen Einblick in die Kehle gestattete der verbogene Kehldeckel nicht. Die Untersuchung der Lungen dagegen ergab Verdichtungssymptome über und unter beiden Schlüsselbein- und oberen Schulterblatt-Gruben. Der Auswurf war häufig blutig-purulent. Gegen Ende October (1882) exulcerirten wieder die Knoten auf den Wangen, den

Nasenflügeln, der Stirn, dem Lippensaume und bedeckten sich mit festanhaftenden dicken schwarzen Krusten. Anfangs November wurde zum ersten Male ein plötzlicher Blasenaufruch auf der linken Wange unterhalb eines exulcerirten Knotens beobachtet. Das aus ihr entstandene kleine Geschwür heilte in wenigen Wochen unter der Kruste. Anfangs December wiederholte sich ein solcher Blasenaufruch auf dem rechten Ellenbogen mit Bildung eines ebenfalls ziemlich rasch unter der Kruste heilenden Geschwüres, während alle übrigen Geschwüre keine Tendenz zur Heilung wahrnehmen liessen und der Husten, wechselnd stärker und gelinder werdend, fort dauerte und zeitweise immer wieder blutig tingirte Sputa lieferte.

Ohne weiteren Blasenaufruch verliefen so die ersten drei Monate des Jahres 1883. Die Geschwüre wurden durch Vernarbung von den Rändern her langsam kleiner, um dann nach kurzer Zeit wieder die neugebildete Narbe durch erneuten Zerfall zu zerstören; die Krusten an den Geschwüren im Gesichte fielen ab, die Geschwüre geheilt hinterlassend, doch bald wurden sie wieder wund und mit Krusten bedeckt. Ebenso wechselnd war das Allgemeinbefinden, doch schien es immer dann besser zu sein, wenn zur Zeit mehrere Geschwüre offen waren. So vergingen auch die folgenden drei Monate bis 1. Juli. Im Juli bildete sich in wenigen Tagen eine schmerzhaft, harte diffuse Schwellung der rechten Halsgegend zwischen dem Kiefferrande und dem vordern Rande der Sterno-cleido-mastoideus belegen. Sie wurde allmählich grösser, weicher, es blieb jedoch die Haut unverfärbt, auch liess sich nicht deutlich Fluctuation wahrnehmen. Im Laufe des August und September verkleinerte sich diese Geschwulst wieder, um darauf abermals langsam zu wachsen. Seit dem September nahm unter beständig zunehmendem Husten und häufiger auftretendem blutigen Auswurf der Kräfteverfall des Patienten rapide zu, der Appetit schwand, es stellte sich endlich auch häufige colliquative Diarrhöe ein, die keiner Medication dauernd weichen wollte, und so erlag endlich der zum Skelett abgemagerte Patient in tiefem Collaps und Coma am 15. December 1883 seinen Leiden.

Fall XIII.

Anna Zihska, 25 Jahre alt, Lettin, aus Wolgund (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst bisher lebend, trat ins Hospital am **29. April 1883**.

Anamnese. Der Vater der Patientin erreichte ein Alter von über 60 Jahren und litt während seiner letzten Lebensjahre an Geschwüren auf den Armen und Beinen, denen stets grössere oder kleinere Blasen vorausgingen; ferner an Empfindungslosigkeit in beiden oberen und unteren Extremitäten, so dass er sich, namentlich an den Händen, häufig Verbrennungen zuzog, ohne es bemerkt zu haben. Er starb vor mehreren Jahren an Entkräftung. — Die Mutter und die Geschwister sind gesund. — Patientin selbst erinnert sich keiner andern Krankheit als der noch gegenwärtig bestehenden. Seit dem 16. Jahre ist sie menstruiert, anfangs unregelmässig, doch seit vielen Jahren schon ganz regelmässig. Vor 9 bis 10 Jahren bemerkte sie zuerst rothbraune Flecken auf den Armen, Händen, Unterschenkeln und Füßen. Diese verblassten allmählich und waren nach vierjährigem Bestande endlich verschwunden. Seitdem fiel ihr aber eine stetig zunehmende Abnahme des Gefühls in den Füßen und Unterschenkeln auf, verbunden mit Schwäche in denselben, namentlich in den Fussgelenken, so dass sie sich dieselben häufig verstauchte und willkürlich nur schwer bewegen konnte. Vor 6—7 Monaten stellte sich derselbe Zustand auch in den Händen und Armen ein.

Vor mehr als einem Jahre trat auch bei ihr plötzlich nach vorausgegangenen heftigen Schmerzen im linken Beine eine Blase auf dem linken Fussrücken auf. Das aus ihr hervorgehende Geschwür heilte ziemlich rasch. Vor einigen Wochen hat sie sich Brandwunden am rechten Fusse durch ein zu heisses Fussbad, das sie als solches nicht erkannt hatte, zugezogen.

Status praesens. Patientin ist von kräftiger Statur und gut genährt, mit schwarzem, dichtem Haupthaar, dichten Augenbrauen und vollständig erhaltenen Cilien. Die Conjunctiva beider Augen ist leicht geröthet und klagt Patientin über Thränenträufeln. An der vorderen und seitlichen Halsfläche sind braune

Leberflecken vorhanden, sonst ist die Haut am Gesicht, an den Extremitäten, am Rumpfe rein, weiss. Die Bewegung der Hände ist unsicher, schlotternd in den Handgelenken, der Händedruck schwach. Auf dem linken Fussrücken liegt eine runde, hellrosafarbene Narbe von schmalem, lichtbraunem Saume umgeben. Beide Füße schlottern beim Gehen in den Fussgelenken, während die Füße beim Stehen Varusstellung einnehmen. Der Gang ist hierdurch sehr unsicher. Auf dem rechten grossen Zehenballen liegt ein rundes, tiefes atonisches Geschwür von etwa 3 Cm. Durchmesser. Ein ebensolches Geschwür befindet sich über dem Hacken. Die Ränder beider Geschwüre sind callos, der Geschwürsgrund blassroth, feingranulirt. Beide Geschwüre sollen durch Verbrennung am Ofen entstanden sein, ohne dass sie dieselben anfänglich bemerkte. An der 4. und 5. Zehe fehlen die letzten Phalangen, die sich vor längerer Zeit in Folge von Brandwunden abgestossen haben sollen, wie sie sich solche auch häufig an den Händen, Armen und Beinen zugezogen haben will, auch durch Verbrühung, indem sie behauptet, dass bei ihr schon durch die strahlende Ofenwärme oder durch warmes Wasser, das von Andern ohne Nachtheil ertragen werde, Blasen hervorgerufen wurden, aus denen Geschwüre entstanden und dann weisse Narben, wie solche an den Knien, Armen, Unterschenkeln, Händen und Füßen noch sichtbar sind. Drüsenschwellungen sind nirgends vorhanden, bis auf eine in der linken Achsel geschwellte und in Absonderung übergehende grosse Lymphdrüse.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität findet sich vollkommene Anästhesie auf der Stirn bis zur behaarten Kopfhaut hinauf, auf den Vorderarmen, Händen, Unterschenkeln und Füßen. Die Empfindung ist sowohl gegen Nadelstiche, den elektrischen Pinsel erloschen, als auch gegen Temperatur-Differenzen und Druck.

Das Allgemeinbefinden ist in keiner Weise sonst gestört; der Appetit und die Verdauung gut; Respirations- und Circulations-Apparat gesund; der Urin eiweissfrei.

Verlauf. Während des bis zum 9. Januar 1883 dauernden Hospitalaufenthaltes der Patientin ergab sich, dass ihre obigen Angaben über die Genesis der weissen Narben durch Verbrennung wohl eine irrthümliche war, da eben wenige Wochen nach

ihrem Eintritte ins Hospital sich ganz spontan nach vorausgegangenen rheumatoiden Schmerzen eine charakteristische Leprablase über der rechten Patella einfand und den gewöhnlichen Verlauf in Geschwürbildung und Verheilung mit blassrother Narbe nahm. Ein solcher Blasenaufruch wiederholte sich in der Folge noch mehrmals an den Armen, Händen, Fingern, Unterschenkeln und Füßen. Bei ihrer Entlassung waren sämtliche Geschwüre und auch jene geheilt, die ihren Ursprung aus solchen Blasen genommen hatten. Die oben erwähnten Erscheinungen der Parese und Anästhesie bestanden unverändert fort.

Fall XIV.

Jahne Ohsoling, 50 Jahre alt, Lette, aus Kulpenhof (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst domicilirend, trat am **31. Mai 1883** ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister des Patienten sind frei von Krankheitserscheinungen, wie sie der Patient aufweist.

Er ist verheirathet, doch kinderlos. Bis vor drei Jahren hat er sich einer meist ungetrübten Gesundheit erfreut. Im Herbst 1880 will er einen Typhus von sieben Wochen Dauer durchgemacht haben und bald nach seiner Genesung Flecken von rother Farbe, erst auf der Stirn, dann successive auf dem Gesichte, den Armen und endlich den Beinen bemerkt haben. Im folgenden Jahre waren aus diesen Flecken allmählich Knoten geworden, zu denen sich, wieder ein Jahr später, plötzlich aufschliessende grosse Blasen gesellten, erst an den Knieen, den Ellenbogen, der Aussenfläche der Oberschenkel, den Fussballen der grossen und kleinen Zehen, auf den Zehen selbst und schliesslich auf der Volarfläche der linken Handwurzel vor einer Woche. An Syphilis will er nie gelitten haben.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, hager, von mässig entwickelter Musculatur, die an den Vorderarmen, besonders den Händen und den Unterschenkeln deutlich gegenüber den Oberarmen und Oberschenkeln atrophirt erscheint. Die Stirn ist wulstförmig verdickt, mit kleinen bräunlichen Knoten besetzt. Grössere Knoten liegen auf den haarlosen Augenbrauenbogen, den Wangen, dem Kinn und der Unterlippe.

In den Ohrmuschelrändern und Ohrläppchen geben sich, deutlicher dem Gefühle als dem Gesichte wahrnehmbar, kleine Knoteneinlagerungen in der unverfärbten Haut zu erkennen. Auf beiden Augen besteht ein leichter Conjunctivalkatarrh. Die Cilien fehlen beiderseits. Die Nasenspitze ist abgeflacht, das Septum cartilagineum exulcerirt und perforirt. — Die hintere Rachenwand, die Uvula des Gaumensegels sind mit runden, flachen, blassrothen Protuberanzen bedeckt, von denen einige auf dem Gaumensegel oberflächlich exulcerirt erscheinen. Die Stimme ist in geringem Grade heiser. Der verdickte, an den Rändern höckerig unebene, verbogene Kehldeckel gestattet keinen Einblick in den Larynxraum. —

Auf der Streckseite der Oberarme, besonders zu beiden Seiten der Ellenbogen, auf der Streckseite beider Vorderarme, über den Handwurzelgelenken liegen zahlreiche, hanfkorn- bis erbsengrosse dunkelbronzefarbene Knoten. Auf beiden Ellenbogen befinden sich weisse, mit lividen Rändern umgebene runde Narben. Auf der Vorderfläche der linken Handwurzel liegt ein $\frac{1}{2}$ Rubel grosses flaches Geschwür, zum Theil noch mit braungelber, bröcklicher Kruste bedeckt.

Auf der Aussenfläche beider Oberschenkel liegen je zwei symmetrisch zu einander gestellte runde, weisse Narben mit graten Rändern umsäumt. Die Haut der Unterschenkel ist von den Knien bis zu den Fussgelenken dunkelbraunroth gefärbt, trocken, auf der Vorderfläche glänzend, rissig, auf den Seitenflächen mit zahlreichen kleineren und grösseren, flachen Knoten bedeckt, an der Wadenfläche dick infiltrirt in einer Ausdehnung von 6—8 □ Cm. Die Fussgelenke sind vorn von grossen Knoten bedeckt und ödematös geschwellt, wie die Fussrücken. Auf beiden Kniescheiben liegen mehrere runde Narben von gleichem Aussehen wie jene auf den Ellenbogen. Ebensolche kleine runde Narben liegen auf den Fusszehenrücken. — Auf den Ballen der grossen Zehen beider Füsse befindet sich je ein rundes, 3 Cm. im Durchmesser haltendes Geschwür, welches von callosen Rändern umgeben kraterförmig in die Tiefe dringt, wenig graugelben, stinkenden Eiter secernirt und im Grunde nekrotisches Zellgewebe sehen lässt.

Gegen Nadelstiche unempfindlich erweisen sich die Stirn,

die Wangen, das Kinn. Herabgesetzt ist die Empfindung auf den Vorderarmen, den Unterschenkeln, — hier besonders auf den Waden.

Das Allgemeinbefinden ist nicht getrübt. Die Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane weist keine Alteration nach. Drüsenschwellung ist nicht vorhanden; ebenso lässt sich auch keine merkliche Verdickung der Ulnarnerven constatiren.

Verlauf. Der Patient blieb nur bis zum 21. Juni im Hospital. Die Geschwüre an den Fussballen hatten sich wohl gereinigt, doch bis dahin keine weitere Heilungstendenz wahrnehmen lassen. Ein Aufbruch von Blasen wurde nicht beobachtet, doch exulcerirten einzelne Knoten auf der Stirn und den Augenbrauen, wahrscheinlich in Folge von Kratzen, da Patient häufig über ein Gefühl von Jucken in der Stirn und im Gesichte klagte, während in den Armen und Beinen oft reissende Schmerzen eintraten. —

Am 29. Mai 1884 meldete sich der Patient wieder zur Aufnahme im Hospitale wegen Verbrühung beider Füsse und Unterschenkel.

Der Patient berichtet, dass er seiner Fusswunden wegen in letzter Zeit häufig Fussbäder genommen, die ihm bisher seine Frau präparirt. Vor zwei Tagen hat er während der Abwesenheit derselben die Bereitung selbst besorgt und bei seiner Anästhesie der Hände nicht erkannt, dass das Wasser zu heiss war. Erst bei Entfernung der Füße aus dem Wasser nahm er die stattgefundene Verbrühung wahr.

Seit seiner letzten Anwesenheit im Hospitale hatte sich sein Aussehen bedeutend verändert: er ist stark abgemagert, der Rücken gekrümmt, die Gesichtshaut bleifarben, die allgemeine Körperhaut auch aschgrau, welk, faltig, das Fettpolster vollkommen geschwunden, die Musculatur dünn und schlaff. Sämmtliche Knoten im Gesichte waren geschwunden. Auf der Stirn fand sich nur eine dunklere Pigmentirung der nicht mehr verdickten Haut, während auf den mässig infiltrirten Augenbrauenbogen einzelne mit Schuppen bedeckte runde, graublaue Narbeninseln standen. Ebensolche Narbeninseln lagen auch auf den Wangen und dem Kinn dort, wo früher Knoten gestanden hatten. Ebenso sind sämmtliche Knoten an den Vorderarmen und Unter-

schenkeln geschwunden, während die Zahl der pigmentlosen oder nur hellrosa, livide gefärbten runden Narben zugenommen hatte.

Der Patient berichtet nachträglich, dass im Laufe des verflossenen Jahres an allen solchen Stellen Blasen aufgebrochen gewesen seien, die zu Krusten eintrockneten und nach Abfall derselben bald heilende Geschwüre hinterliessen. — Auf beiden Füßen und Unterschenkeln hat sich die Epidermis in grossen Wülsten blasig durch die stattgehabte Verbrühung abgehoben.

Von leprosen Geschwüren bestehen gegenwärtig folgende: eins über dem linken Handrücken, vor einigen Wochen aus einer Blase hervorgegangen; ferner von zusammenhängender Brandblase umgeben je ein tiefes Geschwür auf dem linken Fussknöchel, auf dem grossen Zehenballen des linken Fusses, auf der Sohle des rechten Fusses und über dem Handgelenke beider Hände.

Der Rachenraum bietet im Wesentlichen dasselbe Bild wie früher, nur sind jetzt noch mehrere flache exulcerirte Geschwüre an der hinteren Rachenwand und an den Tonsillen sichtbar. Die Stimme ist entschieden heiser, und klagt der Patient über heftigen Husten. Die Untersuchung der Brust ergibt in beiden Lungenspitzen Verdichtungssymptome und die Zeichen eines über beide Lungen verbreiteten Bronchialkatarrhs. Das Herz erweist sich als gesund. Schmerzgefühle sind nirgends vorhanden.

Die Anästhesie beherrscht unverrückt die früheren Bezirke. Die Lymphdrüsen sind, besonders rechts in der Leistengegend, zu grossen höckerig anzufühlenden Packeten angeschwellt. Der Urin enthält geringe Spuren von Eiweiss.

Verlauf. Die Brandwunden heilten unter Anwendung eines Liniments aus Kalkwasser und 3% Carbolöl ziemlich rasch, so dass Mitte Juni, da auch die Geschwüre auf den Händen inzwischen geheilt waren, nur noch die Fussgeschwüre offen geblieben waren. Da trat plötzlich unter Frösteln Fieber ein, das Temperaturen bis über 39° C. erreichte. Der Husten verschlimmerte sich und ergab jetzt die Untersuchung eine Pneumonie im rechten oberen Lappen. Gleichzeitig stellte sich vollständiger Appetitmangel und endlich auch Durchfälle ein. Die Sputa blieben stets stark bluthaltig, das Sensorium trübte sich,

und Patient starb am **24. Juni** (1884) unter den Erscheinungen eines Lungenödems. Eine Section zu machen gestatteten die Frau und die Verwandten des Verstorbenen nicht.

Fall XV.

Moses Strom, 48 Jahre alt, Ebräer, aus Tukrum stammend, in Mitau seit 25 Jahren lebend, wurde am **25. Januar 1884** ins Hospital aufgenommen.

Anamnese. Weder die Eltern, noch Grosseltern, noch Geschwister haben an Krankheitserscheinungen, wie sie am Patienten bestehen, gelitten.

Er ist seit 12 Jahren mit einer gesunden Frau verheirathet und hat 4 gesunde Kinder. Bis vor zwei Jahren will er selbst auch stets gesund gewesen sein, damals jedoch habe er nach einer Erkältung am „Fluss“ (rheumatischen Schmerzen) in den Händen und Beinen gelitten. Bald darauf habe er zum ersten Male rothe Flecken über den Augenbrauen, den Wangen und Beinen bemerkt, die allmählich dunkler sich färbend beim Anfühlen verdickt erschienen. Nachdem er Ende December 1882 eine Gesichtsrose mit folgender lange dauernder Abschuppung überstanden, will er bemerkt haben, dass im Gesichte ein grosser Theil jener Flecken vollkommen geschwunden war, während die zurückgebliebenen heller geworden und sich nicht mehr so verdickt, wie früher, anfühlen liessen. Ausser häufigen Schmerzen in den Füßen, die ihn in seinem Gewerbe als Schuster sehr incommodirten, ist er bisher gesund gewesen. Seit 14 Tagen jedoch habe sich ein Geschwür am rechten äusseren Fussrande gebildet, das bisher nicht heilen wollte, zumal da es beim Gebrauche des Spannriemens stets gereizt wurde.

Status praesens. Patient ist von mittlerem Wuchse, gracilem Knochenbau, mässig entwickelter Musculatur, geringem Fettpolster.

Das Haupthaar ist dicht, die Augenbrauen sehr undicht, von den Wimpern fehlen, namentlich an den unteren Lidern, viele. Die Stirnhaut ist mässig, doch deutlich wulstförmig verdickt, besonders über den Augenbrauenbogen, woselbst kleine unverfärbte Knoteneinlagerungen fühlbar. Die Nase ist normal geformt. Die Ohrläppchen sind durch kleine zahlreiche knötchen-

förmige Einlagerungen verdickt, doch von normaler Farbe. Im Rachen finden sich die Zeichen eines chronischen papillären Katarrhs.

Auf den Streckseiten beider Oberarme, den Ellenbogen, den Streckseiten der Vorderarme sind zahlreiche, 1—2 Cm. im Durchmesser haltende runde und ovale, hellbraun gefärbte Flecken, auf infiltrirter Basis sichtbar. Auf den Handrücken erscheinen sie schon als flache Knoten, ebenso über den Knien und Fussrücken. Auf dem äusseren Rande des rechten Fusses befinden sich zwei kleine runde, mit einander communicirende Geschwüre, von entzündlich geschwellten Rändern umgeben, mit zerklüftetem, wenig secernirendem Grunde. Ein ebenso beschaffenes Geschwür liegt auf der Mitte der linken Fusssohle. Es sollen diese Geschwüre aus durchgeriebenen Knoten entstanden sein.

Ausser durch häufiges Kopfweh und Schwindel ist das gute Allgemeinbefinden des Patienten nicht gestört.

Die cutane Sensibilität findet sich auf der Stirn, den Augenbrauenbogen, Ohrläppchen, Vorderarmen, Unterschenkeln deutlich herabgesetzt, sonst überall normal.

Verlauf. Unter feuchten Compressen reinigten sich bald die Geschwüre und heilten unter guter Granulation dann bis zum Anfang März, von den Rändern aus beginnend, mit schuppender livider Narbe. In dem Bestande der leprösen Erscheinung war sonst keine Veränderung eingetreten, und Patient verliess am **12. März 1884** das Hospital.

Am **27. December 1885** trat der Patient wieder ins Hospital.

Sein Aussehen hatte sich in auffälliger Weise seit seiner letzten Anwesenheit verändert. Er ist stark abgemagert, hält sich nach vorn über gebeugt; die Gesichtszüge sind schlaff, die Augenbrauen fehlen fast vollständig; die Augenbrauenbogen sind mit grossen flachen, mandelförmigen Knoten, die radiär zur Augengrube gestellt, bedeckt; die Verdickung der Stirnhaut hat bedeutend zugenommen; von den Augenwimpern sind nur spärliche Reste vorhanden. Die Gesichtshaut ist, namentlich auf den Wangen, dunkel gelbbraun pigmentirt und zeigt auf der linken Seite mehrere, die Haut überragende flache, bohnergrosse, rothbraune, knotenförmige Einlagerungen, während die auf der rechten Wange, von fast gleicher Grösse, sich nur durchs Gefühl erkennen

lassen. Die Nase ist an der Spitze unförmlich verdickt, ebenso beide Nasenflügel, besonders der rechte. — Beide Nasenlöcher sind am Eingange erodirt, verengt und durch schwarze Krusten verlagert. Auf den Lippen, dem Kinn und dem unteren Theile der Wangen steht ein sehr undichter Bartwuchs über intacter Haut. Beide Ohrläppchen sind durch zahlreiche unverfärbte Knoteneinlagerungen bedeutend verdickt.

Die hintere Rachenwand ist mit zahlreichen flachen, blassen Knoten besetzt. Ebensolche Knoten finden sich auch auf dem Gaumensegel. Auf der Basis des verlängerten Zäpfchens liegt ein blasser, quergelagerter, ovaler, exulcerirter Knoten. Der ganze hintere Rachenraum ist mit gelbgrauem Schleim bedeckt. Die Stimme ist heiser.

Die allgemeine Hautdecke ist schlaff, missfarben. Die Haut der oberen und unteren Extremitäten ist mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt.

Sowohl auf der Rumpfhaut, als auf den Oberarmen und Oberschenkeln befinden sich zahlreiche Eczempapeln. Das Unterhautfettpolster fehlt fast vollkommen; die Musculatur ist am Rumpf und an den Extremitäten stark reducirt.

An den Extremitäten finden sich keine auffallenden Veränderungen gegen früher, nur dass die Zahl der infiltrirten Flecken zugenommen, zugleich aber auch die Zahl der aus ihnen hervorgegangenen jetzt flach prominirenden kleinen Knoten, besonders an den Hand-, Knie- und Fussgelenken, sowie auch auf den Unterschenkeln.

Auf der Aussenfläche des rechten Oberschenkels befindet sich ein runder, flacher, bläulichrother, in der Mitte exulcerirter Knoten von etwa Haselnussgrösse. Ferner befinden sich kleine, quaddelförmige, zum Theil exulcerirte Indurationen in der Haut beider, mit dicken weissen Epidermisschollen sonst bedeckten Fusssohlen.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist bis auf heftige Schmerzen in den Vorderarmen und Schenkeln, offenbar neuralgischer Natur, nicht gestört, Appetit und Verdauung gut. Der Urin ist eiweissfrei. Die cutane Anästhesie hat gegen früher keine namhafte Herabsetzung erfahren an den Stellen, wo sie überhaupt vorhanden war.

Am 20. Januar 1886 verliess Patient das Hospital. Die Schmerzen in den Armen und Beinen waren geschwunden und das Schenkelgeschwür zur Verheilung gekommen.

In den übrigen leprösen Erscheinungen war keine Veränderung eingetreten.

Fall XVI.

Greete Perkohn, 52 Jahre alt, Lettin, aus Brandenburg (Kreis Doblen) gebürtig, seit 14 Jahren jedoch in Riga verheirathet lebend, trat am **5. April 1884** ins Hospital.

Anamnese. Weder Eltern noch Geschwister haben an einer Hautkrankheit gelitten. Ihr Mann ist gesund, ihre Ehe kinderlos.

Bis auf einen vor drei Jahren überstandenen Typhus ist sie bis zum Frühjahr 1880 stets gesund gewesen. Damals hätten sich zuerst heftige, den Armen und Beinen entlang ausstrahlende, reissende und brennende Schmerzen eingestellt, die nach einiger Zeit in ein Kriebeln übergingen und schliesslich ein Gefühl von Vertauchtsein hinterliessen. Zu dieser Zeit bemerkte sie zuerst auf den Ellenbogen, dann Händen, Vorderarmen grosse braune Flecken. Vor einem Jahre traten solche Flecken auch auf den Unterschenkeln auf, denen bald darauf ein plötzlicher Aufbruch von „Wasserblasen“ auf den Dorsalfächen beider Handwurzeln folgte. Aus ihnen entwickelten sich ziemlich rasch heilende Geschwüre. Vor wenigen Wochen haben sich aus solchen Blasen zwei Geschwüre, das eine auf dem linken Vorderarme, das andere auf dem rechten Hacken gebildet und bestehen noch gegenwärtig.

Auf grosse, unten näher zu beschreibende Flecken am Rumpfe und den oberen Extremitäten aufmerksam gemacht und über ihre Entstehung befragt, berichtet die Patientin, dass dieselben schon seit mehr als 30 Jahren bestehen und sich in dieser Zeit wohl vergrössert haben, aber so langsam, dass sie es kaum bemerkte.

Status praesens. Patientin ist von mittelgrosser, kräftiger Statur, gut genährt und hat reichliches Fettpolster. Das dunkelbraune, nicht ergraute Kopfhaar ist auf dem Scheitel dünn, sonst aber dicht und lang. — Augenbrauen und Wimpern sind vorhanden.

Auf der normalen Stirnhaut finden sich grosse, braune, leicht schuppende Flecken (Chloasma). Die Gesichtshaut ist rein, die Nase spitz, die Ohrmuscheln und Ohrläppchen intact, ebenso die Mund- und Rachenschleimhaut von normaler Beschaffenheit; die Stimme klar.

Der Nacken, die ganze Rücken-, Brust- und Bauchfläche, die Nates, Schultern, Arme und Oberschenkel sind mit theils kleinen, etwa $\frac{1}{2}$ —1 Cm. im Durchmesser haltenden runden, graubraunen Flecken, von denen die grösseren in der Mitte eine runde, pigmentlose Stelle besitzen, theils grossen, bis 10 Cm. Durchmesser haltenden hellweissen, mit dunkelgraubraunen Rändern umsäumten Flecken bedeckt, von denen auf der Brust, den Oberarmen und Rücken mehrere mit benachbarten zusammengefloßen erscheinen. Die dunkle Umrandung der Flecken nimmt zur Peripherie an Intensität der Pigmentirung zu; dort, wo sich Flecken berühren, wird der Rand blasser, wo sie aber ineinander übergegangen sind, schwindet er ganz und bilden dann die Flecken grosse, unregelmässig conturirte weisse, haarlose Flächen von stellenweise Handflächengrösse. Alle Flecken liegen in gleichem Niveau mit der angrenzenden intacten Haut und lassen sich mit ihr leicht in Falten erheben, ohne eine Induration fühlen zu lassen. Hautdrüsenmündungen sind auf ihnen nicht sichtbar. —

Auf den Handwurzeln liegen braun gefärbte, etwa $\frac{1}{2}$ Rubel grosse Flecken, die jedoch das Hautniveau etwas überragen, deutlich indurirte Basis haben und auf der linken Handwurzel mit schuppender Epidermis bedeckt sind. Auf der Beugeseite des linken Vorderarmes liegt ein $\frac{1}{2}$ Rubel grosses oberflächliches Geschwür, zum Theil mit gelbbrauner krümeliger Kruste bedeckt, von Aussehen und Beschaffenheit jener nach Leprablasen entstehender Geschwüre. Auf dem rechten Hacken befindet sich ein rundes, tiefes, von der schwieligen Hackenhaut scharf begrenztes atonisches Geschwür mit spärlichem Secrete auf dem granulationslosen, blassrothen Grunde.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität findet sich dieselbe im Gesicht vollkommen erhalten, auf den grossen weissen Flecken auf den Armen aber theils stark herabgesetzt, theils erhalten, verschieden selbst bei benachbarten Flecken und den Com-

ponenten ineinander übergegangener Flecken. Vorherrschend unempfindlich aber sind diese Flecken auf den Vorderarmen und der Streckseite der Oberschenkel. Die intacte Haut zeigt mit Ausnahme kleiner inselförmiger Partien auf den Streckseiten der Vorderarme und Unterschenkel normale Sensibilität. Die beiden Geschwüre und die braunen Flecken resp. Narben auf den Handwurzeln sind erst bei tieferen Nadelstichen empfindlich.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist vollkommen ungetrübt. — Drüsenschwellungen finden sich nirgends. Eine Verdickung der Ulnarnerven lässt sich nicht constatiren.

Verlauf. Die Patientin blieb bis zum **5. Juni** (1884) im Hospitale. — Während dieser Zeit wurde einmal das gleichzeitige Aufbrechen dreier, nebeneinander liegender, ein 10-Kopekenstück grosser Blasen auf dem linken Vorderarme ohne vorausgegangene Alteration des Allgemeinbefindens beobachtet. Die aus ihnen hervorgehenden Geschwüre, sowie die alten Geschwüre auf dem linken Vorderarme waren bei der Entlassung geheilt, nicht aber das Geschwür auf dem Hacken, welches fast unverändert geblieben war.

Fall XVII.

Lewin Jacobsohn, 69 Jahre alt, Ebräer, aus Tuckum gebürtig, seit 35 Jahren in Riga als Glaser lebend, trat am **30. Mai 1884** ins Hospital.

Anamnese. Beide Eltern, die Geschwister und zwei seiner Kinder sind frei von leprösen Erscheinungen geblieben, ein Sohn ist an schwerer Lepra leidend im Hospitale gestorben (vid. Fall XII).

Er selbst hat bisher trotz mannigfacher Strapazen als auf dem Lande umherziehender Glaser keine schwere Krankheit durchgemacht, mit Ausnahme eines Augenleidens vor acht Jahren. Damals wurde in Riga die Iridectomy auf dem rechten Auge gemacht. Er ist auf diesem Auge erblindet. Seit einem Jahre leidet er an heftigen Schmerzen in den Beinen, die anfangs den rechten Oberschenkel, dann den Unterschenkel und endlich vor $\frac{1}{4}$ Jahre auch das linke Bein ergriffen und ihn arbeitsunfähig gemacht haben. Er war dieser Schmerzen wegen bereits vom 24. Januar bis 24. Februar d. J. im Hospitale. Damals wurden

hier diese Schmerzen als Neuralgie im Gebiete des Cruralnerven, speciell seiner Hautzweige, des nerv. cutan. int. und externus. aufgefasst und demgemäss, freilich ohne Erfolg, behandelt.

Status praesens. Der Patient macht den Eindruck eines kräftigen, wohlgenährten Mannes von mittelgrosser Statur. Den Kopf bedeckt schwarzes, dichtes Haar; die Augenbrauen sind noch ziemlich dicht, die Cilien, an den unteren Lidern besonders, etwas defect. Die Stirn- und Gesichtshaut ist rein, etwas gebräunt; die Nase hat wohl den nationalen Typus, doch ist sie an der Spitze nicht abgeflacht. Die Nasenschleimhaut ist intact. Die Rachenhöhle zeigt sich als von chronischem papillaren Katarrh afficirt.

Die Vorderarme sind von der Mitte der Streckseite an hellbraun gefärbt, ebenso die Vorderfläche beider Unterschenkel, die ausserdem prall ödematos über den Waden, den Fussgelenken und Fussrändern geschwellt sind. In der Haut derselben finden sich beim Anfühlen zahlreiche linsengrosse Knötchen eingebettet, namentlich auf den hinteren Flächen, woselbst die Haut übrigens unverfärbt ist. Die Zehennägel sind hypotrophirt, trocken, brüchig. — Drüenschwellungen fehlen.

Das Allgemeinbefinden wird durch Schmerzen in den Beinen von neuralgischer Natur gestört und sie occupiren jetzt scheinbar besonders das Verbreitungsgebiet des n. peroneus. — Zuweilen treten ganz ähnliche Schmerzen in den Vorderarmen und Händen ein, ohne dass sie sich auf eine Neuralgie eines bestimmten Nerven beziehen lassen. Der Ulnarnerv ist am Ellenbogen bei Druck wohl empfindlich, aber nicht entschieden verdickt, wenn auch deutlich fühlbar.

Verlauf. Während des Aufenthaltes des Patienten im Hospitale bis zum 30. Juli (1884) liessen die Schmerzen, gegen welche anfangs mehrmals subcutane Morphinum-Injectionen mit rasch vorübergehender Linderung angewandt worden, allmählich nach, während sich auf der Stirn kleine braunröthliche Flecken bildeten und die Stirnhaut sich infiltrirte. Als eine Woche vor der Entlassung des Patienten eine Prüfung der Sensibilität auf der Stirn vorgenommen wurde, fand sich dieselbe hochgradig herabgesetzt. Andere lepröse Erscheinungen wurden nicht beobachtet.

Am 3. Januar 1886 fand Patient wieder Aufnahme im Hospitale. Seine äussere Erscheinung hatte sich im Laufe der letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre so sehr verändert, dass aus dem damals noch kräftigen Manne ein hinfalliger Greis geworden war, mit schlaffer, stark nach vorn übergebeugter Haltung, schwerfälligem, schleppendem Gange, schwacher, etwas heiserer Stimme, schlaffem Gesichtsausdruck. Der Körper war hochgradig abgemagert, die allgemeine Hautdecke blassgrau gefärbt, trocken, an den Extremitäten schilfernd; das Fettpolster fehlte überall, so dass die Haut schlotternd am Körper hing. Die Muskulatur ist stark reducirt, an den Extremitäten dünne Stränge bildend.

Das früher dichte Haupthaar hatte sich stark gelichtet, war ergraut. Die Augenbrauen und Wimpern fehlten vollständig. Die Stirnhaut war nur mässig infiltrirt, besonders über den Augenbrauenrändern, doch frei von Knoten. Die Gesichtshaut erschien runzelig, doch sonst frei von Knoten. Die Nase war normal geformt, die Nasenschleimhaut geröthet, am Septum oberflächlich erodirt und leicht blutend. Die Rachenschleimhaut zeigte auch jetzt noch nur einen chronischen weit verbreiteten Katarrh. Die Ohrläppchen waren unbedeutend verdickt. Die Augen zeigten beiderseits einen mässigen Katarrh der Conjunctiva mit spärlichem, an den Winkeln und an den Lidrändern haftendem Exsudate.

Auf der Körperoberfläche waren nirgends Knoten bemerkbar. Auf der Streckseite der oberen und unteren Extremitäten waren nur kleine linsengrosse, gelbliche, leicht schilfernde Flecken vorhanden. Beide Füsse waren ödematos geschwellt. In den Leistengruben finden sich einzelne kleine Drüseninfiltrate.

Der Patient klagte ausser über allgemeines Schwächegefühl besonders über sehr heftige Schmerzen in den Beinen und Armen, die durch jede Berührung gesteigert wurden und besonders stark an den Unterschenkeln und Vorderarmen empfunden wurden. Der Appetit war sehr gering, der Stuhl normal, der Leib eingesunken. Die Leber bot normale Percussionsgrenzen dar, doch die Milz erschien etwas vergrössert, war jedoch vorn nicht palpabel. Eine Verdickung der der Palpation zugänglichen Nervenstämmе liess sich nicht constatiren.

Nach mehrmaligen subcutanen Morphinumjectionen schwanden im Verlaufe von etwa zwei Wochen die Schmerzen in den Extremitäten, doch schritt der allgemeine Kräfteverfall unter stetiger Abnahme des Appetites rasch fort. Zum Skelett abgemagert, meist schlafend, mit rissig trockner Zunge, vegetirte der Patient, mühsam durch kräftige Bouillon, Eier, Milch und Wein ernährt, bis zum **21. März** (1886). Das lethale Ende trat alsdann in tiefem Coma ein. Fieber wurde nicht beobachtet: der Puls wurde wenige Tage vor dem Tode frequent, doch klein, ohne Temperaturerhöhung. Durchfall fand nicht stand, sondern eher Obstruction. Der Leib war stets tief eingesunken, so dass sich die Aorta in grosser Ausdehnung fühlen liess. Am Respirationsapparat wurde keine Störung beobachtet.

Fall XVIII.

Ruben Bremser, Ebräer, 59 Jahre alt, aus Tuckum gebürtig, seit 9 Jahren in Mitau lebend, wurde am **21. September 1884** ins Hospital aufgenommen.

Anamnese. Patient stammt von gesunden Eltern. In seiner Verwandtschaft ist ihm kein ähnlicher Krankheitsfall, wie der seinige, bekannt. Er ist seit 35 Jahren verheirathet; seine Frau und seine neun Kinder, sowie deren Kinder aus zwei Familien sind bisher vollkommen gesund.

Bis vor sechs Jahren ist sein Gesundheitszustand nie erheblich getrübt gewesen. Damals ist er, auf dem Lande Hausirhandel treibend, bei einer Winterreise durchs Eis in einen Fluss gefallen und hat sich dabei eine heftige Erkältung mit nachfolgendem mehrwöchentlichen Gelenkrheumatismus zugezogen, an welchem er auch jetzt noch häufig laborirt, zumal da er in einer feuchten Kellerwohnung zu leben gezwungen ist.

Die ersten Symptome seines gegenwärtigen Leidens will er bald nach der Genesung von jenem Rheumatismus bemerkt haben, und zwar als grosse rothe Flecken auf den Armen und Beinen. Hierauf seien kleinere braune Flecken auf der Stirn aufgetreten, die sich im Laufe eines Jahres in braune Knoten verwandelt hätten, während auf den Unterschenkeln grosse Ge-

schwüre sich bildeten aus anfänglich kleinen Schrunden über den Schienbeinen. Diese Geschwüre kamen erst vor einem Jahre zur Verheilung.

Im Anfange des Jahres wurde er von einer Gesichtsrose befallen, der eine mehrere Wochen lang dauernde Abschilferung folgte und welche ein fast vollständiges Verschwinden der Knoten auf der Stirn zur Folge hatte, während viele kleine Knötchen, von ihm auch „Karpen“ genannt, die auf der Nasenspitze sassen, grösser geworden und sich mit schwarzen Krusten bedeckt hatten. Fast gleichzeitig beobachtete er das plötzliche Aufschliessen von runden kleinen und grossen „Wasserblasen“ auf den Armen und Beinen, aus denen bald schnell, bald langsam heilende Geschwüre hervorgingen. Vor wenigen Wochen waren solche Blasen auch in der Nähe der alten Unterschenkel-Geschwürsnarbe aufgetreten, und die aus ihnen entstandenen Geschwüre hätten nun auch jene Narbe zerstört. Diese und noch andere Fussgeschwüre, die ihm endlich das Gehen äusserst beschwerlich machten, veranlassten ihn ins Hospital zu treten.

Status praesens. Patient ist von kleinem Wuchse, sehr hager, geht gebückt und unbeholfen. Das Gesicht ist blass, faltig, die Stirnhaut mässig wulstförmig verdickt, ohne Knoteneinlagerung. Diese finden sich jedoch beim Anfühlen in der verdickten Haut über den haarlosen Augenbogenrändern. — Die Cilien fehlen. — Die oberen Lidränder sind beiderseits durchweg verdickt und exulcerirt, die Conjunctiva geröthet, doch trocken. Ueber der Mitte der Wangen liegen beiderseits kleine braune Knötchen von Linsengrösse, einen runden, etwa 1 Cm. im Durchmesser haltenden Raum bedeckend. Die deprimirte Nasenspitze ist mit einer dicken, festanhaftenden Kruste bedeckt, unter welcher ein leicht blutendes, flaches Geschwür liegt. Beide Nasenflügel sind mässig durch Knoteneinlagerung verdickt. Die knorpelige Nasenscheidewand ist beiderseits exulcerirt und mit Krusten bedeckt, wohl sehr dünn und verbogen, doch noch nicht perforirt. Die Stimme ist heiser. Die Mund- und Rachenhöhle geröthet, an der hinteren Rachenwand mit dickem glasigen Schleim bedeckt. Der Kehldeckel ist verdickt, stark geröthet, die Taschenbänder geröthet und geschwellt, der sichtbare Rand der Stimmbänder leicht geröthet, die Aryknorpel geschwellt, blass. — Die Ohr-

läppchen enthalten keine Knoten, ebenso sind auch, ausser den Wangen, alle andern Partien des Gesichtes frei von Knoteneinlagerungen.

Die Haut des Nackens, Halses, der Brust, Rücken- und Bauchfläche ist rein, von graugelblicher Farbe.

Die blauroth gefärbte Haut beider Oberarme erweist sich beim Anfühlen derb elastisch und diffuse infiltrirt, oben drei Finger breit von der Schulter, nach abwärts bis ebensoweit vom Ellenbogen. Auf ihrer Oberfläche sind kleine, dunkler pigmentirte, discret stehende Knötchen sichtbar. Auf dem Olceranon befindet sich beiderseits eine rundliche, platte, hellweisse Narbe, von einem graubraunen, etwas erhabenen Rande umgeben. Auf den Streckseiten beider Vorderarme ist die Haut in gleicher Weise wie auf den Oberarmen infiltrirt und mit einzelnen Knötchen besetzt. Die drei letzten Finger der rechten Hand sind contrahirt, die Handballen ganz flach, atrophirt; an der linken Hand findet sich nur Atrophie der Muskel.

Die Aussenfläche beider Oberschenkel, vom Trochanter bis fast zum Knie herab, ist in gleicher Weise wie an den oberen Extremitäten derb infiltrirt, doch ohne Knoteneinlagerungen; diese finden sich jedoch wieder in der gleichbeschaffenen, die Waden deckenden Haut. Auf den Oberschenkeln sind zahlreiche runde, stark schuppemde, weisse Narbeninseln sichtbar. Auf der Aussenseite des linken Knies liegt ein oberflächliches, zum Theil mit einer braunen Kruste bedecktes Geschwür, das angeblich nach einer Verbrennung entstanden sein soll. Ueber der Mitte des linken Unterschenkels liegt vorn ein ovales 5 Cm. langes und 3 Cm. breites Geschwür, von geschwelltem, entzündetem Rande umgeben. Dies Geschwür geht nach aussen in ein anderes oberflächliches Geschwür von runder Form über, an welchem die Ränder auch etwas entzündlich geschwellt sind. Der Grund beider Geschwüre ist mit feinkörnigen Granulationen bedeckt und blutet bei Berührung leicht. Auf correspondirender Stelle des rechten Unterschenkels liegt ein ebenso beschaffenes Geschwür, nur von etwas grösserem Umfange wie jenes auf dem andern Unterschenkel. Beide Geschwüre sind von alter glänzender, braun gefärbter Narbenhaut umgeben. Auf beiden Fussrücken und auf sämmtlichen Zehen liegen oberflächliche, mit dünnen

schwarzen Krusten bedeckte rundliche Geschwüre. Die Umgebung beider Fussgelenke ist leicht ödematos geschwellt.

Sowohl die Inguinal- als Cruraldrüsen sind in grosser Zahl geschwellt und bilden grosse höckerige Packete.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität findet sich die infiltrierte Haut an den oberen und unteren Extremitäten vollständig anästhetisch; auf der Stirn ist die Sensibilität stark vermindert, ebenso auf den Ohrläppchen. Auf allen übrigen Hautstellen findet sich normale Empfindlichkeit.

Verlauf. Während des bis zum **28. December 1884** dauernden Hospitalaufenthaltes des Patienten kamen alle oberflächlichen Geschwüre an den unteren Extremitäten zur Verheilung, fast unverändert jedoch blieben die grösseren über den Schienbeinen und ebenso die auf der Nasenspitze belegenen geschwürigen Erosionen, die wohl zeitweise verheilten, aber immer bald wiederkehrten. Unter starker Abschuppung waren sowohl die Knoten auf den Augenbrauenbogen, als auch auf den Hautinfiltrationen der Extremitäten fast vollkommen geschwunden. Das Allgemeinbefinden des Patienten war bis auf häufige, im Anfang December eingetretene Schmerzen in den Beinen und Händen nicht gestört worden.

Bereits am **12. Februar 1885** meldete sich Patient wieder zur Aufnahme ins Hospital. Er hatte bisher an heftigem Rheumatismus in den Gelenken gelitten und die grösste Zeit bei mangelhafter Pflege und Kost im Bette zugebracht.

Sein Zustand war im Ganzen derselbe, wie bei seinem ersten Eintritte ins Hospital: es waren alle alten Geschwüre wieder offen, die Unterschenkelgeschwüre über den Schienbeinen waren grösser geworden, mit jauchigem, stinkendem Secrete bedeckt, ebenso hatten sich die Geschwüre auf den Fusszehen vergrössert und auch die Plantarfläche derselben ergriffen, so dass dadurch das Gehen sehr schmerzhaft wurde. Die Ernährung des Patienten hatte sehr gelitten: er war stark abgemagert, die Gesichtshaut bleifarben, die Augen tiefliegend, mit wunden Lidrändern umgeben. Die jetzt heile Nasenspitze war deprimirt, die Nasenscheidewand perforirt. Die Haut des Körpers war welk, grauweiss, faltig, mit feinen Epidermisschuppen bedeckt.

Patient klagte über Appetitmangel und heftige, besonders

Nachts exacerbirende Schmerzen in den Händen und Beinen, dann über allgemeinen Kräftermangel.

Verlauf. Bei kräftiger Nahrung schienen anfangs die Kräfte des Patienten zuzunehmen, doch bereits Ende Februar machte die Ernährung wieder Rückschritte unter häufig eintretenden und 24 Stunden dauernden leichten Fieberbewegungen.

Unter Besser- und Schlimmerwerden dauerte so wechselnd der Zustand des Patienten ohne wesentliche Veränderungen an den Geschwüren und Fortbestand der Klagen über Schmerzen in den Extremitäten bis zum Mai. Während dieses Monates war das Allgemeinbefinden ein recht gutes, obgleich auch jetzt die Geschwüre kaum eine bemerkbar grössere Tendenz zur Verheilung zeigten. Schon Ende Mai trat wieder Verschlimmerung ein; die Schmerzen in den Armen hatten einen so hohen Grad erreicht und besonders bei der Berührung der infiltrirten Partien sich so gesteigert, dass häufig, um sie zu lindern, subcutane Morphiumeinspritzungen gemacht werden mussten. Trotzdem aber trat eine Besserung in den Geschwüren ein. Die callosen Ränder kamen zur Schmelzung, und es begann nun eine von der Peripherie fortschreitende Vernarbung, so dass gegen Mitte Juni die Geschwüre fast bis auf die Hälfte ihres früheren Umfanges kleiner geworden waren. Da trat plötzlich unter Frostschauern ein hohes Fieber ein (Temperatur bis $39,8^{\circ}\text{C.}$); die Schmerzen in den Armen und Beinen wurden sehr heftig, die infiltrirte Haut bei leisester Berührung äusserst schmerzhaft — sie war anfangs, wie oben bemerkt, vollständig anästhetisch gewesen — sowohl in den oberen als unteren Extremitäten; der Appetit schwand vollkommen, die Zunge wurde trocken, rissig; die Heiserkeit nahm zu und ging rasch in vollkommene Aphonie über. Durch grosse Chinindosen verminderte sich wohl etwas das Fieber, doch collabirte der Patient trotzdem rasch. Der Heilungsprogress an den Geschwüren kam zu vollständigem Stillstand: sie wurden trocken, düster roth und lackglänzend. — Am 1. Juli trat profuse Diarrhöe ein, der Patient wurde comatos und starb am 2. Juli 1885 unter den Erscheinungen eines Lungenödems.

Eine Section konnte auch in diesem Falle nicht gemacht werden.

Fall XIX.

Jahne Busch, 63 Jahre alt, Lette, aus Gross-Sessau (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst domicilirend, trat am 5. November 1884 ins Hospital.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister des Patienten waren frei von Krankheitserscheinungen, wie sie Patient aufweist.

Er ist seit 36 Jahren verheirathet, hat drei gesunde Kinder. Der älteste, 35 Jahre alte Sohn hat vier gesunde Kinder. Der Beginn seines gegenwärtigen Leidens datirt er von vier Jahren her. Er habe damals sehr an kalten Füßen gelitten und zur Erwärmung derselben einmal heisse Ziegel genommen und sich dabei Brandwunden an den Füßen zugezogen, die seitdem nicht zur Heilung gekommen. Zu diesen Wunden haben sich später noch andere Wunden auf den Unterschenkeln und den Füßen gesellt, die auch noch gegenwärtig bestehen und ihm das Stehen bei der Arbeit (er ist Schmied) sehr erschwerten, endlich unmöglich machten. Ueber die Zeit, wann er die auf der Stirn befindlichen Knoten zuerst bemerkt habe, befragt, wusste er keine Auskunft zu geben, sondern sagte nur, dass sie schon vor jener Verbrennung und zwar in grösserer Zahl vorhanden gewesen, allmählich aber, da sie stark juckten, durch Abkratzen und Verschwären kleiner geworden seien.

Status praesens. Patient ist von kleiner, ziemlich kräftiger Statur, nur die Arme erscheinen schwächig. Das braune, nicht ergraute Kopfhair ist dicht, Augenbrauen und Cilien fehlen vollkommen.

Die Stirnhaut ist wulstförmig, besonders über der Nasenwurzel und den Augenbrauenbogen verdickt und mit zahlreichen erbsen- bis bohnergrossen, zum Theil mit dünnen, schwarzen Krusten bedeckten, hellbraunen Knoten besetzt. Auf der Mitte beider Wangen stehen mehrere ebensolche Knoten. Die grösseren derselben sind von dünner, glänzender Epidermis überzogen und lassen unter ihr kleine Gefässreiserchen sichtbar werden, die von der Peripherie zur Mitte hin verlaufen und sich dort dendritisch verzweigen. In beiden Nasenflügeln liegen grosse braune Knoten. Die Nasenspitze ist abgeflacht, die Nasenlöcher sind durch schwarze Krusten verlagert.

Es besteht chronischer Rachenkatarrh. — Die Augäpfel sind

blass, liegen tief, durch Schwund des Orbitelfettes. Die Conjunctiva ist trocken. Auf dem linken Augapfel, nach innen von der Cornea, ist ein flaches, gelbliches, etwa Senfkorn grosses Knötchen zu sehen, zu dem vom inneren Augenwinkel her zwei grössere Gefässreiser hinziehen. — Die Oberlippe und das Kinn sind mit zahlreichen erbsengrossen Knoten besetzt.

Die bräunlich gelb gefärbte Hautdecke des Rumpfes und der Oberarme ist trocken, welk, doch rein und intact. Auf dem Ellenbogen des rechten Armes liegt ein rundes oberflächliches Geschwür innerhalb einer alten, graublau gefärbten dünnen, glänzenden Narbe.

Auf Befragen giebt Patient an, dass dieses Geschwür aus einer Blase entstanden sei, wie auch ein anderes, jetzt geheiltes auf dem linken Ellenbogen. Ebenso seien auch die später zu erwähnenden Geschwüre auf den Unterschenkeln aus Blasen entstanden, mit Ausnahme jener durch Verbrennung erzeugten.

Die Streckseite des Vorderarmes ist wie die Handrücken nur dunkelbraun gefärbt, sonst aber frei von Knoten, Geschwüren, Narben. Am linken Arme findet sich über dem Ellenbogen eine pigmentlose runde, von graublauem Rande umgrenzte Narbe, sonst ist er ebenso wie der rechte Arm im unteren Theile auf der Streckseite und die Hände dunkelbraun pigmentirt. Die Musculatur ist an beiden Händen atrophirt, die Handballen abgeflacht. Auf der Kniescheibe des linken Beines liegt ein flaches rundes Geschwür von gleichem Aussehen und gleicher Beschaffenheit, wie jenes auf dem Ellenbogen.

Die Vorderfläche des Unterschenkels ist mit glatter, glänzender, rissiger Haut von blaugrauer Farbe bedeckt. Ueber dem rechten Schienbeine liegen zwei runde Geschwüre von 3 Cm. Durchmesser, von dicken, callosen Rändern umgeben. Ein ebensolches, jedoch mit ausgebuchteten, fast 1 Cm. hohen, wallförmigen, callosen Rändern umgebenes, längliches Geschwür liegt auf dem äusseren Fussknöchel und erstreckt sich nach oben, hinten und seitlich zur Achillessehne bis zur Länge von 8 Cm. und einer durchschnittlichen Breite von etwa 5 Cm. Ferner liegt ein ebenso beschaffenes, jedoch von weniger hohen callosen Ränder umgebenes, längliches Geschwür auf dem äusseren Fussrande und ein kleines, rundes Geschwür auf dem inneren Knöchel,

ferner zwei flache, wie durch die schwielige Sohlenhaut durchgeschlagene runde, kleine Geschwüre auf der Fusssohle, eines auf dem grossen Zehenballen, das andere vor dem Hacken. — Auf der Kniescheibe des linken Beines liegt eine grosse, dieselbe ganz bedeckende graublaue, dünne, glänzende, rissige Narbe mit dunkleren Rändern umsäumt. Auch hier liegen über der Tibia auf narbenähnlich glatt glänzender Hautfläche zwei Geschwüre von gleicher Grösse und gleichem Aussehen, wie jene auf dem rechten Unterschenkel. Der äussere Knöchel ist hier von einem fast gleich grossen und ebenso beschaffenen Geschwüre wie auf der anderen Seite bedeckt. Die Fusssohle ist auf dem rechten Fusse intact. — Der Grund sämtlicher Geschwüre erscheint wegen der hohen, sie umgebenden callosen Ränder wie ausgehöhlt; er ist glatt, blassroth, glänzend, ohne jede Spur von Granulation, nur mit einem dünnen, spärlichen, farblosen Exsudate bedeckt. Beide Füsse sind an den Fussgelenken speckig verdickt, die Fussrücken prall ödematos geschwellt. Die Haut über den Füßen ist trocken, spröde, mit weissen Epidermisschuppen bedeckt.

Die Sensibilität der Haut ist überall normal, mit Ausnahme der grossen Geschwüre auf den Fussknöcheln, die gegen Nadelstiche auf den Rändern und dem Grunde vollkommen gefühllos erscheinen. Das Allgemeinbefinden ist nur durch Schmerzen in den Händen und Beinen gestört, der Appetit gut, ebenso die Verdauung. Patient führt noch an, dass er häufig an heftigem Jucken im Gesicht und auf den Oberarmen, den Schultern leide und dabei das Gefühl habe, als ob Spinnen über die Haut hin-kröchen, so dass er dadurch auch jetzt noch wie früher zum Kratzen veranlasst werde.

Von Lymphdrüsen finden sich in beiden Cruralgruben und in der Inguinalgegend ziemlich viele stark und indolent geschwellt. Der Urin ist eiweissfrei.

Verlauf. Während seines Hospitalaufenthaltes bis zum 3. Mai 1885 kamen alle Geschwüre, mit Ausnahme der auf den Fussknöcheln und der Fusssohle belegenen, zur Verheilung. Bei ersteren waren wohl die sie umgebenden, wallförmigen, callosen Ränder flacher geworden, doch keine Spur von Uebernarbung der Wundflächen eingetreten. Die Knoten im Gesichte hatten

sich durch wiederholte, oberflächliche Erosionen unter den Krusten bedeutend abgeflacht und verkleinert, während andere ein helleres Colorit annahmen und lebhaft schilferten. — Anfangs April traten nach vorausgegangenem lebhaften Fieber und unter Steigerung der meist stets vorhandenen Schmerzen in den Händen gleichzeitig drei mit blutig serösem Inhalt gefüllte schlaaffe Blasen auf den linken Handrücken auf, die schliesslich in ein zusammenhängendes, unregelmässig umgrenztes, flaches Geschwür übergingen. Ende April wiederholte sich dieselbe Scene auf dem rechten Kniegelenke, oberhalb des verheilten Geschwüres. Bei seiner Entlassung war das erste Geschwür bereits verheilt und hatte eine hellrosa gefärbte Narbe, die noch in der Mitte mit grossen Epidermisschuppen bedeckt war, hinterlassen. Die Ernährung des Patienten hatte trotz guten Appetites und nahrhafter Kost doch etwas gelitten, besonders wohl auch deswegen, weil sein Schlaf durch heftige Schmerzen in den Extremitäten häufig gestört wurde. In Bezug auf die Hautsensibilität war keine Veränderung eingetreten.

Am 16. Juni 1886 suchte der Patient wieder um Aufnahme ins Hospital nach. Sein Zustand hatte sich jetzt in auffallendster Weise verschlimmert. Er war im höchsten Grade abgemagert, konnte sich wegen grosser Hinfälligkeit kaum bewegen und auf den Füssen halten.

Er berichtet, dass er während der ganzen Zeit seit seinem Austritt aus dem Hospitale meist habe das Bett hüten müssen, theils wegen Schmerzen in den Extremitäten und dann wegen grossen Kraftmangels bei fast völliger Appetitlosigkeit.

Das Gesicht erschien grau, bleifarben, schlaff und vollständig ausdruckslos wegen Atrophie sämmtlicher Gesichtsmuskeln. Auf der Stirn befanden sich vier rundliche, flache, trockene Geschwüre mit blassrothem, glänzendem Grunde. Ebensolche Geschwüre lagen je zu zweien auf den mässig verdickten Augenbrauenrändern, beiden Wangen, der Oberlippe und dem Kinne. Die Augäpfel lagen tief in den Augenhöhlen, die unteren Lidränder standen weit von ihnen und etwas ectropionirt ab. Die Conjunctiva war ganz blass und blutleer. Knoten fanden sich weder auf der Stirn noch im Gesichte. Der Ohrmuschelrand des rechten

Ohres war in seiner ganzen Ausdehnung oberflächlich exulcerirt, die Geschwürsfläche, doch trocken, blassroth. Auf dem linken Ohre war nur das Ohrläppchen auf der Vorderfläche ebenso exulcerirt und etwas verdickt. Die Nasenspitze berührte die Oberlippe und stand in gleichem Niveau mit den verdickten Nasenflügeln. Das Septum narium war perforirt. — Die Rachenschleimhaut war blass, schieferfarben, mit grauem, glasigem Schleim bedeckt. Die Uvula fehlte.

Die Haut war am Rumpf sowohl als auch an den Extremitäten trocken, rissig, mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt. Das Unterhaut-Fettzellgewebe fehlte vollständig; die Musculatur am Rumpfe und den Extremitäten war hochgradig atrophirt. Auf beiden Schultern lag je ein mehr als rubelgrosses flaches, blassrothes, vollständig reactionsloses Geschwür. Ebenso beschaffene Geschwüre bedeckten beide Ellenbogen und fanden sich auf beiden äusseren Handknöcheln und den Handrücken. Kleine, mit fest anhaftenden braunen Krusten bedeckte Geschwüre fanden sich auch auf der Streckseite beider Vorderarme. Auf dem Malleolus internus des linken Beines lag noch ein längliches, flaches Geschwür; zwei ebensolche lagen auf der Aussenfläche des andern Oberschenkels, umgeben von weissgefleckter, dunkelblaugrauer, schuppender Haut. Auf der linken Fusssohle über dem grossen Zehenballen befand sich ein oberflächliches Geschwür von gleicher Beschaffenheit wie die übrigen oben beschriebenen. Auf dem rechten Unterschenkel fanden sich nur drei kleine flache Geschwüre auf der Aussenseite neben der Tibiakante. Die Haut war auch hier blaugrau gefärbt, mit weissen, unregelmässig geformten Narbenflecken, trocken, rissig, schilfernd. Auf beiden Kniescheiben lagen mehr als rubelgrosse, flache Geschwüre von gleicher Beschaffenheit wie die bisher geschilderten. Auf dem rechten äusseren Fussknöchel fand sich jetzt nur noch eine weisse Narbe mit dunkelgrauen Rändern. — Beide Füße waren prall geschwellt, besonders die Umgebung der Fussgelenke und die Fussrücken. Die Haut der Füße war mit fein rissiger Epidermis bedeckt. Auf dem rechten Fuss lag auf einer länglichen Narbe ein flaches, ebenfalls längliches Geschwür von gleicher Beschaffenheit wie die übrigen. Alle Geschwüre waren nach Angabe des Patienten aus vorausgegangenen Blasen entstanden, mit Ausnahme der im Ge-

sichte, auf den Ohrmuscheln und der auf dem linken Fussknöchel und der Fusssohle vorhandenen.

Bei Prüfung der cutanen Sensibilität mit Nadelstichen fand sich dieselbe überall erhalten mit Ausnahme der Nase, des Kinnes und kleiner inselförmiger Partien auf den Fussgelenken und den Streckseiten der Vorderarme. Nur in der linken Leistengrube fanden sich grosse geschwellte Drüsenpackete, in der rechten nur einzelne Drüsen geschwellt.

Von subjectiven Krankheitsempfindungen führte Patient nur allgemeines Schwächegefühl, Frösteln und Appetitmangel an. Die Verdauung war normal, der Urin eiweissfrei.

Verlauf. Schon während der ersten Tage des Hospitalaufenthaltes des Patienten machte sich ein rapider Kräfteverfall desselben bemerkbar. Der Appetit schwand vollständig, der Puls beschleunigte sich, die Athmung wurde beenzt, die Zunge trocken und rissig, die Sprache kaum verständlich. Es trat Somnolenz und dazwischen Unruhe und Delirien ein, endlich vollständiges Coma, in welchem Patient am 4. Juli morgens starb.

Die in diesem Falle unter der Bedingung, dass der Leichnam nicht entstellt werde, ermöglichte und am 5. Juli vorgenommene Section, bei welcher der Kopf übrigens nicht geöffnet werden durfte, ergab folgenden Befund.

Sectionsbefund. Nach Eröffnung des Thorax collabirten beide Lungen; nur die linke Lunge war durch dünne membranöse Stränge leicht an der Rippenwand adhärirt. Im linken Pleura-räume fanden sich 26 Unzen gelben, klaren Serums, im rechten nur 14 Unzen, doch blutig gefärbt. Beide Lungen waren blutleer und zeigten keine Verdichtung, waren überall lufthaltig und liessen beim Druck feinblasigen, farblosen Schaum hervortreten. Die Schleimhaut des Kehlkopfeinganges war mit grauem Schleim bedeckt. Der Kehldeckelrand ist uneben, exulcerirt, knotig, die ligamenta aryepiglottica erodirt, mit schwärzlich grauem Exsudat bedeckt, oberflächlich exulcerirt. Die Stimmbänder sind intact, doch erscheint ihre Oberfläche matt. Die Trachea und die Bronchien sind blass und mit grauweissem schleimigen Secrete bis in ihre feineren Verzweigungen bedeckt resp. erfüllt. Das Zellgewebe des Mediastinums ist gelb, sulzig infiltrirt. Der Herzbeutel ist leer. Das Herz von normaler Grösse, doch schlaff,

die Musculatur blass. Die Herzklappen zeigen keine Abnormität, sind alle schlussfähig. Im rechten Ventrikel finden sich nur spärliche Blutgerinnsel, die Wandungen der art. thoracica sind deutlich verdickt, ihr Lumen etwas erweitert.

Die Leber ist mässig gross, ihre Oberfläche glatt, zeigt am hinteren Rande einen etwa $\frac{1}{2}$ Rubel grossen Sehnenfleck. Das Leberparenchym erscheint auf der Durchschnittsfläche pulpos erweicht, von gelbröthlicher Farbe mit zahlreichen weisslichen Knötchen durchsetzt, die acini verwischt. Die Gallenblase ist prall mit dunkelgrüner Galle gefüllt. Die Milz ist bedeutend vergrössert, 16 Cm. lang, 9 Cm. breit und $6\frac{1}{2}$ Cm. dick. Sie ist weich, leicht zerreisslich, die Kapsel leicht abziehbar, ihre Form lappig mit zahlreichen Einziehungen an der Hilusseite. Beim Einschnitt erscheint die Pulpa gelblich roth, sehr reich mit zahlreichen weisslichen Knötchen durchsetzt, oberflächlich leicht schleimig zerfliessend bei längerem Stehen. Die Nieren sind normal. Der Magen und der ganze Darmtractus ist auffallend stark contrahirt, der Dünndarm eng, fingerdick. Die Magen- und Darmschleimhaut ist mit zähem Schleim bedeckt, sonst intact. Keine Schwellung der Mesenterial- und Retroperitonäaldrüsen vorhanden. Die Blase leer und contrahirt. Der Ulnarnerv an beiden Armen und der nerv. popliteus und peroneus beiderseits sind bedeutend verdickt.

Fall XX.

Ernst Auning, 25 Jahre alt, Lette, aus Zerrauht (Kreis Tuckum) gebürtig und daselbst domicilirend, trat am 9. October 1881 ins Hospital.

Anamnese. Beide Eltern waren frei von leprösen Erscheinungen. Von drei Geschwistern jedoch war ein Bruder ebenso krank wie der Patient und ist vor vier Jahren an einem Brustleiden gestorben.

Patient hat $2\frac{1}{2}$ Jahre in Militärdienst gestanden und ist krankheitshalber aus demselben entlassen worden. Die ersten Symptome seines gegenwärtigen Leidens traten vor drei Jahren während des Dienstes unter der Gestalt rother Flecken auf der Stirn ohne vorausgegangenes Unwohlsein auf. Bald erschienen dieselben auch auf den Armen und Beinen, während sich aus ihnen auf der Stirn schon Knoten gebildet hatten. Die Flecken

auf den Armen und Beinen erhoben sich auch später mehr über das Hautniveau und nahmen so die Gestalt solcher flacher Knoten an, wie sie noch jetzt daselbst vorhanden. Auf den Schienbeinen wurden einzelne derselben wund durch Reibung am Stiefelschaft, und so bildeten sich grosse Geschwüre, die langsam heilten. Noch während des Bestandes derselben traten Blasen mit nachfolgender Geschwürsbildung auf an den Ellenbogen, auf den Armen, den Fingern, den Unterschenkeln, von denen noch einige auf den Armen bestehen, die nicht heilen wollen und Patienten ins Hospital führten.

An Syphilis will er nie gelitten haben.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, schlankem Wuchse. Das Haupthaar dicht, Augenbrauen und Cilien spärlich, Bart nicht vorhanden.

Auf der deutlich wulstförmig verdickten Stirnhaut sind mehrere grosse braunrothe Flecken sichtbar, die sich quaddelförmig über das Niveau der sie umgebenden Haut erheben, ausserdem sind aber auch heller gefärbte Knoten von mehr als Erbsengrösse über der Glabella und den fast haarlosen Augenbrauenrändern vorhanden. Auf beiden Wangen liegt je ein blaurother Flecken, wohl auf infiltrirter Haut, nicht aber über sie hervorragend. Die Nase ist in der Mitte etwas eingesunken und beide Nasenlöcher mit schwarzen Krusten verlagert. Die Conjunction beider Augen ist blassgelb, trocken, das untere Augenlid erscheint beiderseits, von dem tief liegenden Augapfel abstehend, gering extropionirt. — Die Rachenschleimhaut ist intact. Ohrmuscheln und Ohr läppchen ebenso.

Die Musculatur beider Arme ist schlaff, etwas atrophisch reducirt, besonders an den Vorderarmen und Händen. Patient führt auch selbst an, dass es ihm im Dienste bereits sehr schwer gefallen, mit der Flinte zu exerciren, und er jetzt eine noch grössere Schwäche, in den Händen besonders, fühle. Auf beiden Schultern und Oberarmen stehen runde, braune nicht prominirende, kleine Flecken, die nach den Ellenbogen hin und auf der Aussenseite des Armes dichter und grösser werden, über das Hautniveau prominiren und so Knoten von Erbsen- bis fast kleine Bohnengrösse bilden. Ihre Farbe variirt vom Hellbraun bis zum Dunkelbraun. Auf beiden Ellenbogen liegt, von einer

Gruppe flacher Knoten umgeben, je eine runde, hellbläuliche, glänzende, fein gefaltete Narbe. Die Streckseite beider Vorderarme ist ebenfalls mit prominirenden, grossen braunen Flecken und kleineren und grösseren Knoten besetzt. Auf der Streckseite des linken Vorderarmes liegt ein unregelmässig umgrenztes Geschwür, dessen livide Ränder noch auf der Fläche eines Fleckens liegen, auf welchem augenscheinlich das Geschwür, wie Patient angeführt, aus einer Blase hervorgegangen. Der Grund des Geschwürs erscheint etwas vertieft unter dem Hautniveau, ist glatt, feinkörnig und mit spärlichem, schleimig-eitrigem Exsudate bedeckt, das, der Luft ausgesetzt, rasch zu einer Kruste einzutrocknen beginnt. Ueber dem ersten Metacarpophalangealgelenke des linken Daumens liegt ein rundes, flaches Geschwür desselben Ursprunges und Aussehens, wie solches schon oft beschrieben.

Auf beiden Nates sind zahlreiche, dicht in Gruppen nebeneinander stehende runde, braune, nicht erhabene Flecken sichtbar neben entschiedenem Eczempapeln, von denen ein Theil mit Kruste bedeckt ist. Ebensolche Eczempapeln und kleine braune Narben befinden sich über der Gürtelgegend und auf der Hinter- und Seitenfläche beider Oberschenkel. Im unteren Drittheile der Oberschenkel jedoch sind neben diesen Eczempapeln und Narben, deutlich von ihnen unterscheidbar durch Farbe und die unter ihnen fühlbar infiltrirte Haut, Flecken vorhanden, die sich zu beiden Seiten der Kniegelenke bereits zu Knoten von verschiedener Grösse gestaltet haben. Ausserdem sind auf der Aussenseite der Oberschenkel noch je drei runde pigmentlose Narben, von lividen Rändern umgeben und mit dünnen, grauweissen Epidermisschuppen im Centrum bedeckt, sichtbar. Die Vorderfläche beider Unterschenkel ist fleckig blauröth und braun pigmentirt, glatt, gespannt, glänzend und schilfernd. Zur Wade hin und auf derselben sind beiderseits linsen- bis erbsengrosse Knötchen von blassbrauner Farbe sichtbar auf unter ihnen diffuse verdickter Haut. Die Fussnägel sind verdickt, spröde. — Drüsenschwellungen finden sich nirgends.

Die Sensibilität der Haut ist nirgends auffallend alterirt.

Verlauf. Ueber den Verlauf ist zu berichten, dass die Geschwüre bis Mitte November alle zur Verheilung kamen. Oftmals klagte Patient über ein Gefühl von juckendem Prickeln

(Formication) in den Armen und Beinen. Eine damals vorgenommene Prüfung der Sensibilität ergab dieselbe stark herabgesetzt auf beiden Vorderarmen vom Ellenbogengelenke bis zur Handwurzel und bei den Unterschenkeln von den Knien bis zu den Fussgelenken. Im December trat zum ersten Male unter vorausgegangenen leichten Fieberbewegungen und verstärktem Gefühl von Formication eine Blase auf dem rechten Oberschenkel auf. Dieser folgten in Intervallen von drei bis sechs Wochen andere Blasen auf den Armen und Beinen alternirend und meist auf genau symmetrisch zu einander gelegenen Stellen. Alle diese Blasen nahmen ihren typischen Verlauf durch oberflächliche Geschwürsbildung bis zur anfangs hellrosa, dann allmählich weiss werdenden Narbe mit bräunlicher Umrandung. — Die Flecken im Gesichte und den Extremitäten hatten sich deutlich immer mehr und mehr über das Hautniveau erhoben und zu flachen Knoten umgeformt, während die bereits entwickelten Knoten ersichtlich an Grösse zugenommen hatten, als Patient auf eigenes Verlangen am **12. April 1882** das Hospital verliess mit einem kleinen, vor acht Tagen erst aus einer Blase am rechten Vorderarme entstandenen Geschwüre, das eine bräunliche, unebene Kruste bedeckte.

Am **28. December 1884** meldete sich Patient wieder zur Aufnahme. Er hatte bisher in Tuckum als Hausknecht Dienste geleistet, doch bereits im Herbste dieselben aufgeben müssen wegen grosser Fussgeschwüre.

Status praesens. Sein Aussehen hatte sich seit den letzten $2\frac{3}{4}$ Jahren bedeutend verändert. Die stark wulstförmig infiltrierte Stirnhaut ist bis zur Haargrenze mit zahlreichen erbsen- bis bohnergrossen gelbbraunen Knoten besetzt. Auf den haarlosen Augenbrauenbogen und auf der Nasenwurzel sind sie besonders gross und bohnenförmig. Die Cilien fehlen vollkommen; auf beiden Augen ist die Conjunctiva blassroth, trocken. Die Nase ist in der Mitte tief eingesunken, so dass die Nasenlöcher ganz nach vorn gerichtet erscheinen. Das Septum narium ist am Vomer perforirt, nach vorn hin exulcerirt und beiderseits mit schwarzen Krusten bedeckt. Die Nasenflügel sind durch Knoteneinlagerung stark verdickt. Auf den Wangen, den Lippen, dem Kinn, in den Ohrläppchen finden sich überall zahlreiche Knoten-

einlagerungen von gleicher Beschaffenheit, wie die auf der Stirn. Die Rachenschleimhaut ist intact bis auf geringen Katarrh.

Auf den Streckseiten beider Arme, vom unteren Drittheile der Oberarme beginnend bis zu den Händen herab, befinden sich in der derb infiltrirten, braun pigmentirten Haut zahlreiche Knoten von Linsen- bis Erbsen- und Bohnengrösse, letztere besonders in der Umgebung der Ellenbogengelenke und auf der Dorsalfäche der Handwurzeln. Zwischen den Knoten sind auf beiden Armen jene hellen runden Narbenflecken von aus Blasen entstandenen Geschwüren in anscheinend grösserer Zahl als früher sichtbar. Die Musculatur ist an beiden, sonst intacten Händen deutlich atrophirt. Die Lymphdrüsen in den Cruralgruben sind zu dicken höckrigen Packeten beiderseits geschwellt.

Auf der Kreuz- und Lendengegend ist ein ziemlich dicht stehendes Eczem vorhanden, das sich bis über die Oberschenkel herab verbreitet.

Auf der rechten Kniescheibe liegt ein rundes, rubelgrosses flaches, feinkörnig granulirtes Geschwür, von livid gefärbter dünner Narbenhaut umgeben. Es soll vor drei Wochen aus einer Blase entstanden sein. Unterhalb desselben, über der Spina tibiae liegt ein halb so grosses rundes Geschwür von gleicher Beschaffenheit und gleichem Ursprunge. Das untere Drittheil der Vorderfläche des rechten Unterschenkels ist von einem grossen fast 10 Cm. langen und in der Mitte 7 Cm. breiten Geschwüre bedeckt. Die Ränder desselben sind callos verdickt, der Grund mit stinkend jauchendem, grauweissem Exsudate bedeckt, aus dem einzelne blassrothe warzenförmige Wucherungen hervorragen. Die an der Wadenfläche noch intacte Haut ist brett hart infiltrirt und mit flachen Knoten bedeckt. Auf dem grossen Zehenballen liegt ein rundes, etwa Kopekenstück grosses, mit schwarzer Kruste bedecktes Geschwür. Die Vorderfläche des linken Unterschenkels ist von einem ganz gleich grossen und ebenso beschaffenen Geschwüre bedeckt, wie es sich auf dem rechten Unterschenkel befindet. Hier liegen ausserdem noch an der Innen- und Aussenfläche der Wade je zwei länglich runde gleich beschaffene kleine Geschwüre von Kopekenstück-Grösse; endlich liegt noch auf dem äusseren Rande des linken Fusses ein

denselben fast zur Hälfte bedeckendes längliches Geschwür auch von gleicher Beschaffenheit, wie die oben beschriebenen.

Ueber den Ursprung aller dieser Geschwüre weiss Patient nichts Genaueres zu berichten, als dass anfangs an ihrer Stelle ein kleines Geschwür vorhanden gewesen und dieses durch Mangel an Schonung und Pflege allmählich bis zur gegenwärtigen Grösse gediehen. Beide Füsse sind leicht ödematos geschwellt. In Bezug auf die cutane Anästhesie ist keine weitere Aenderung eingetreten, als dass jetzt diese auch auf der Stirn und im Gesichte vorhanden.

Das Allgemeinbefinden ist ziemlich gut.

Verlauf. Die Heilung der Unterschenkelgeschwüre ging bis Anfang April recht gut unter Schmelzung der callosen Ränder, Reinigung des Geschwürsgrundes und Vernarbung von der Peripherie aus vor sich. Die kleinen Geschwüre waren bis dahin zur vollkommenen Verheilung mit fester, doch schuppender Narbe gekommen.

Vom April ab aber zeigten die grossen Unterschenkelgeschwüre keine weiteren Verheilungsfortschritte; der Geschwürsgrund wurde düster roth, feinkörnig, trocken, die Ränder verdickten sich wieder. Gleichzeitig traten über zahlreichen Knoten auf der Stirn, den Augenbrauenrändern und den Wangen oberflächliche Erosionen nach vorausgegangenen spaltförmigen Einrissen der sie deckenden dünnen Epidermis auf, aus denen eine klebrige, klare Flüssigkeit hervorsickerte und zu brauner Kruste eintrocknete. Diese Kruste fiel nach einiger Zeit spontan ab und hinterliess über den betreffenden Knoten eine dellenförmig vertiefte, graublaue, schuppende Narbe, unter Verkleinerung des Knotens selbst.

Bei der Entlassung des Patienten am **28. Mai 1885** waren viele Knoten durch solchen Vorgang bedeutend verkleinert worden. Das Allgemeinbefinden des Patienten war während der ganzen Zeit ein vollkommen gutes und hatte sich sein Ernährungszustand bedeutend verbessert.

In Gebrauch gezogen waren äusserlich feuchtwarme Compressen, dann 10 % Jodoformsalbe, endlich Heftpflaster-Einwickelungen. Innerlich wurde Leberthran und Jodeisen gereicht.

Fall XXI.

Fritz Labrenz, 53 Jahre alt, Lette, aus Gr.-Berken (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst domicilirend, trat am **20. April 1885** ins Hospital.

Anamnese. Weder die Eltern, noch Grosseltern haben an solchen Krankheitserscheinungen, wie er, gelitten. Seine Geschwister sind gesund, ebenso seine Frau, mit welcher er seit 30 Jahren verheirathet, und seine fünf Kinder.

Er selbst ist bis vor drei Jahren auch stets gesund gewesen. Damals hat er sich eine heftige Erkältung bei der Holzflössung zugezogen und ist einige Tage fiebernd krank gewesen. Bald darauf hat er zum ersten Male den plötzlichen Aufbruch einer „Wasserblase“ auf dem rechten Unterschenkel bemerkt, aus welcher ein langsam heilendes Geschwür entstanden. Solches plötzliche Auftreten von Blasen ohne allgemeines Krankheitsgefühl hat in der Folge mehrfach stattgefunden, sowohl an den oberen, als unteren Extremitäten, und alle haben den gleichen Ausgang in Geschwürsbildung genommen. Die meisten sind gegenwärtig verheilt, einige aber seit langer Zeit nicht nur nicht zur Heilung gekommen, sondern haben sich verschlimmert, so dass er ihretwegen, nachdem verschiedene ihm angerathene Curen von Curpfuschern erfolglos geblieben, Hilfe im Hospitale zu suchen sich entschlossen.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, hager und schlank. Die allgemeine Hautfarbe und sichtbaren Schleimhäute sind blass mit Ausnahme der Vorder- und Unterschenkel, die ein braun-gelbliches Colorit haben. Der Gesichtsausdruck ist schlaff, die Wangen erscheinen hängend, die unteren Augenlider herabgezogen und etwas ectropionirt.

Gesichts- und Stirnhaut sind intact; Augenbrauen und Wimpern vorhanden, das Haupthaar dicht, der Bartwuchs spärlich. Knoten, Flecken oder Hautinfiltrationen finden sich nirgends am Körper. Die Rachen- und Mundhöhle, die Nasenschleimhaut sind normal beschaffen. Die Conjunctiva ist nur am Augapfel etwas geröthet, sonst trocken.

Die Haut ist am Halse und Rumpfe rein, an den Extre-

mitäten jedoch, ausser den unten zu beschreibenden Geschwüren, mit zahlreichen runden und ovalen, theils pigmentlosen, theils livid gefärbten, meist mit dunkleren Rändern umsäumten Narben bedeckt, die alle angeblich ihren Ursprung oberflächlichen, aus Blasen entsprungenen Geschwüren verdanken. Ausser zweien auf den Nates einander gegenüberstehenden solchen Narben liegen zwei, auch auf correspondirenden Stellen, über den Hüftbeinkämmen, dann eine ganze Reihe symmetrisch auf beide Oberschenkel vertheilter Narben gleichen Aussehens und Ursprunges. Auf den Armen sind solche Narben weniger zahlreich, auch kleiner an Umfang, während die an den Oberschenkeln mehr als $\frac{1}{2}$ Rubelgrösse zeigen.

Aus Blasen angeblich hervorgegangene Geschwüre finden sich an folgenden Stellen. Auf dem inneren rechten Handknöchel liegt ein rundes, oberflächliches, zum Theil mit braungelber, bröcklicher Kruste bedecktes Geschwür von etwa Rubelgrösse. Ein ebensolches Geschwür befindet sich über dem inneren linken Handknöchel, doch frei von einer Kruste, mit feinkörnig granulirtem Grunde und entzündlich geschwellten Rändern. Auf der Mitte der Vorderfläche des rechten Oberschenkels befindet sich ein rubelgrosses Geschwür von gleichem Aussehen und gleicher Beschaffenheit. Auf beiden Knien liegen neben mehreren runden, glänzenden, bläulichen, braunschwarz umrandeten glatten Narben zwei kleine Geschwüre auf solchem Narbengrunde. Beide Unterschenkel sind ödematos leicht geschwellt. Auf beiden Waden befinden sich je drei kleine kraterförmige Geschwüre mit unreinem Grunde und callosen Rändern. Auf dem linken Fussrücken liegt ein rundes etwa Kopekenstück grosses Geschwür, auf dem rechten, an correspondirender Stelle, ein etwas grösseres Geschwür. Beide sind oberflächlich, haben entzündlich geschwellte Ränder und unreinen, feinkörnig granulirten Grund. Auf der linken Fusssohle, über dem Ballen der grossen Zehe, befindet sich ein flaches glattes, $\frac{1}{2}$ Rubel grosses, ovales, blassroth aussehendes Geschwür mit steilen, von der schwieligen Sohlenhaut gebildeten Rändern umgeben. Die Fussrücken, namentlich die Fussgelenke sind beiderseits durch pralles Oedem ziemlich stark geschwellt.

Indolente Drüsenschwellungen finden sich in geringer Zahl am Nacken, in beiden Leisten und Schenkelgruben.

Die Prüfung der cutanen Sensibilität ergibt vollständige Anästhesie beider Vorderarme und Hände bis zu den Fingerspitzen, der Unterschenkel bis zu den Zehenspitzen. Stark herabgesetzt ist sie auf der Stirn, den Wangen und sämtlichen Narben. Ebenso ist die musculäre Contractilität der atrophirten Handmuskeln bei Prüfung mit dem intermittirenden Strome ganz geschwunden, der Handdruck schwach, alle Finger an beiden Händen, mit Ausnahme der Daumen, leicht contrahirt.

Das Allgemeinbefinden des Patienten ist sonst gut, Schmerzempfindungen nicht vorhanden, der Appetit und die Verdauung normal, Brust und Unterleibsorgane nicht nachweisbar alterirt, der Urin eiweissfrei.

Verlauf. Während des Hospitalaufenthaltes, der bis zum 29. Mai 1885 dauerte, kamen alle Geschwüre, mit Ausnahme der auf den Unterschenkeln, sowie der auf dem Fussrücken und der Fusssohle belegenen, zur Verheilung, diese aber waren fast unverändert geblieben. Im Allgemeinbefinden war keine Störung eingetreten. Ein Blasenaufruch ist nicht beobachtet worden.

Fall XXII.

Krischjahn Smiltneek, 34 Jahre alt, verabschiedeter Soldat, aus Mesothien (Kreis Bauske) gebürtig, trat am 9. Juli 1885 ins Hospital.

Anamnese. Der Vater des Patienten soll in höherem Alter an ebensolchem Hautleiden, wie er, gelitten haben, die Mutter gesund gewesen sein, wie es auch seine fünf Geschwister sind.

Er ist seit fünf Jahren verheirathet, doch bis jetzt kinderlos. Bis zu seinem Eintritt in den Militärdienst ist er stets gesund gewesen und hat den Krieg von 1877—78 mitgemacht. Erst in letzterem Jahre hat er in Süd-Bulgarien einen schweren Typhus durchgemacht und will darnach, zu Anfang 1879, die ersten Erscheinungen seines gegenwärtigen Leidens bemerkt haben in der Form von kleinen braunen Knötchen auf der Stirn und den Wangen. Diese nahmen allmählich an Grösse und Zahl zu, juckten oft so heftig, dass er sich wund kratzte, worauf sie sich mit schwarzen Krusten bedeckten und darunter eiterten. Ende 1879 wurde er aus dem Militärdienste verabschiedet und

lebt seitdem im Mesothens'schen Gebiete als Knecht. Im Jahre 1880 waren bereits Knoten auf den Lippen, dem Kinn und den Extremitäten erschienen. Durch Abreiben der Knoten an den Stiefelschäften bildeten sich kleine Geschwüre auf den Unterschenkeln, die trotz aller von alten Weibern angerathenen Mittel, Pflaster, Salben und Kräutertränken nicht heilen wollten.

Im Herbste 1883 trat als neue Erscheinung nach kurzem fieberhaften Unwohlsein und Schmerzen in den Händen eine Blase auf der Streckseite des linken Vorderarmes auf, welcher bald eine ebensolche auf dem rechten Handrücken folgte. Beide gingen in Geschwüre über, von denen das letztentstandene ziemlich rasch zur Heilung kam, das erstere aber erst nach vielen Wochen sich schloss. Da sich die Fussgeschwüre sehr verschlimmert hatten, der Aufbruch von Blasen auf den Ellenbogen, Händen, Knien und Beinen sich wiederholte und neue Geschwüre zur Folge hatte, begab er sich ins Bauske'sche Stadthospital und ist laut Entlassungszeugniss aus demselben daselbst vom 31. October 1884 bis zum 6. April 1885 an „Lupus“ behandelt worden. Da hier wohl ein Theil seiner Geschwüre, namentlich die zuletzt entstandenen, verheilten, die alten Unterschenkelgeschwüre aber sich gar nicht besserten, so zog er wieder in seine Heimath, um seine Alteweibercuren fortzusetzen. Endlich, auch hier keine Besserung findend, entschloss er sich, nach Mitau ins Hospital zu kommen.

Status praesens. Patient ist von schlankem Wuchse, mittlerer Körpergrösse, schwacher Musculatur, besonders an den Armen und Beinen. Den Kopf bedeckt dichtes braunes Haar, während Augenbrauen und Cilien fehlen. Die Grundfarbe des Gesichts ist ein liches Braun, das dunkler auf den Wangen und dem Kinne ist.

Die infiltrierte Stirnhaut ist mit zahlreichen erbsengrossen Knoten besetzt, ebenso die Augenbrauenbogen und Nasenwurzel, woselbst einige Knoten Bohnengrösse erreichen. Diese Knoten haben ein etwas dunkleres Colorit als die sie umgebende Haut. Beide Wangen sind, besonders in der Mitte und über dem Kiefferrand, mit erbsengrossen Knoten besetzt, die viel heller als die sie umgebende Haut, ja über der Mitte fast bläulich livide gefärbt sind. Die sie bedeckende Epidermis ist sehr

fein und lässt ein gelbrothes gefässloses Parenchym durchschimmern. Die auf den Lippen und dem Kinn vorhandenen Knoten haben dasselbe Aussehen wie jene auf der Stirn, nur sind sie alle bohnergross, mehr oval geformt und steigen ganz steil von der Haut auf. Die Nase ist in der Mitte eingesunken, wie Patient angiebt, in Folge eines während des Krieges im Kampfe erhaltenen Kolbenschlages, bei welcher Gelegenheit er auch einen Rippenbruch acquirirt haben will. Die Nasenspitze ist mit kleinen, hanfkorngrossen, hellbraunen Knötchen besetzt, ebenso die Nasenflügel. Auf den Augenbrauenbogen finden sich beiderseits je ein Knoten mit schwarzer Kruste bedeckt, während zwei neben ihnen liegende in der Mitte dellenförmig vertieft und mit grauweissen Epidermisschuppen bedeckt sind. Auf Befragen führt Patient an, dass viele von den hellen Knoten auf der Wange auch durch Kratzen wund gewesen seien. Das Septum cartilagineum der Nase ist beiderseits erodirt und blutet bei Berührung leicht. — Auf der hinteren Rachenwand ragen zahlreiche flache, blasse Knoten hervor, auch die Uvula ist vorn von einem solchen Knoten bedeckt. Die Papillae vallatae auf der Zungenwurzel sind pilzförmig hypertrophirt und überragen die Zunge um fast 3 Mm. in beiden Reihen. Beide Augen bieten das Bild eines acuten Bindehautkatarrhs dar, mit freilich fehlendem Secrete. Die Uebergangsfalten sind tief, der Bulbus liegt tief durch Schwund des Orbitelfettes. — Die unteren Lider sind etwas ectropionirt. — Die Stimme ist heiser; der Patient klagt über Schlingbeschwerden. Auf der unteren Kinnfläche und auf der unteren linken seitlichen Halsfläche steht eine Gruppe kleiner hellbrauner Knötchen. Die Ohrmuschelränder und Ohrappen sind durch Knoteneinlagerungen verdickt. Auf der vordern obren Brusthälfte stehen zerstreute braune Knötchen von Hanfkorngrösse neben flachen, etwas grösseren, erhabenen Flecken.

Ebensolche Knötchen und Flecken finden sich auch zerstreut auf der Bauchfläche, den Lenden, den Nates und der Rückenfläche. Sie jucken nicht und sind nirgends mit Krusten bedeckt.

Die Leisten- und Cruraldrüsen sind beiderseits geschwellt und bilden höckerige Pakete.

Der Genitalapparat ist pueril, die Hoden auffallend klein, die Pubes spärlich.

Auf den Oberarmen finden sich, besonders auf ihrer Aussenseite, ziemlich zahlreiche kleine, dunkelbraun gefärbte, das bronzefarbene Hautniveau überragende rundliche Flecken, die in der Umgebung der Ellenbogen schon die Form von Knoten annehmen. Auf den Ellenbogen liegt jederseits eine helllivide, mit dunkelbraunen Rändern umgebene, glänzende, runzlige Narbe. Auf der Streckseite der dunkelbraunroth gefärbten Vorderarme sind zahlreiche Knoten von Linsen- bis Erbsengrösse sichtbar, die auf der Dorsalfläche der Handrücken an Zahl und Grösse zunehmen und hier meist mit grauweissen Epidermisschüppchen bedeckt sind. Auf den dunkelbronzefarben tingirten Händen und Fingern erblickt man ebenfalls kleine, wenig erhabene, röthliche Flecken. Die Handmuskulatur ist deutlich atrophirt. Auf dem rechten und linken Handrücken, wie auf dem unteren Vorderarme sind die Narben der vom Patienten erwähnten Geschwüre als runde, helle, mit grauweissen Epidermisschuppen bedeckte Flecken sichtbar. Ausser diesen Narben finden sich gleich aussehende zahlreiche runde, ovale und streifenförmig breite Narben auf den Vorderarmen. Auf den Handwurzeln sind einzelne Knoten oberflächlich exulcerirt und mit schwarzbraunen dicken Krusten bedeckt. Auf beiden Kniescheiben befinden sich mehrere, Kopekenstück grosse, runde, graubraune Narben, mit dicken Epidermisschuppen bedeckt.

Ueber der Mitte der rechten Tibia liegt ein ovales, 7 Cm. langes und 5 Cm. breites, atonisches Geschwür, von callosen Rändern umgeben, mit warzenförmigen rothen Wucherungen bedecktem, ein grauweisses übelriechendes Secret lieferndem Grunde. Unterhalb dieses Geschwüres liegt noch ein zweites, etwa rubelgrosses Geschwür von derselben Beschaffenheit. Beiden Geschwüren gegenüber auf der hinteren Fläche des Unterschenkels ist ein gleichbeschaffenes atonisches Geschwür vorhanden von unregelmässiger Form, das die Wade bedeckt und einen Ausläufer bis zur Achillessehne herab aussendet. Ferner liegen auf dem Fussrücken, dem Innenrande der grossen Zehe und über den ersten Phalangen der zweiten und dritten Zehe des rechten Fusses kleine Geschwüre mit unreinem Grunde und entzündlich verdickten Rändern. Auf dem linken Unterschenkel ist die Haut der Vorderfläche dunkel rothblau, trocken, rissig, glänzend und

nach der Wade zu mit grossen Epidermisschuppen bedeckt. Auf der Wade sind zahlreiche runde, pigmentlose Narben in der braunroth gefärbten, sonst intacten Haut sichtbar. Ueber der Achillessehne liegt auch hier ein über $\frac{1}{2}$ Rubel grosses und ein kleineres rundes atonisches Geschwür von derselben Beschaffenheit, wie die Geschwüre auf dem rechten Unterschenkel. Beide Füsse sind prall ödematos geschwellt, mit trockener, feinschuppender Epidermis bedeckt. Die Zehennägel sind verdickt, brüchig.

Die Prüfung der cutanen Sensibilität ergibt dieselbe als überall normal vorhanden, mit Ausnahme des Geschwürsgrundes auf dem rechten Unterschenkel und der Vorderfläche des linken Unterschenkels.

Verlauf. Der Patient befand sich bis zum 7. October 1885 in Behandlung. Die Geschwüre reinigten sich ziemlich rasch, und einige der kleineren verheilten bis zum August. Die grossen Geschwüre liessen bis dahin keine Heilungstendenz bemerken. Angewandt wurden, wie in früheren Fällen, feuchte Compressen, abwechselnd mit Jodoformsalbe verbunden. Innerlich wurde Leberthran mit Jodeisen gereicht. Seit Anfang September klagte der Patient über heftiges Jucken im Gesichte, das ihn veranlasste, die daselbst befindlichen Knoten oft wund zu kratzen. Wohl durch solche wiederholte Läsionen hervorgerufen, trat Mitte September unter heftigem Fieber und gastrischen Erscheinungen vom Nasenrücken aus beginnend, ein das ganze Gesicht bis zur Haargrenze des Kopfes überziehendes Gesichtserysipel auf, welches nach 10 Tagen unter starker Abschuppung zurücktrat und alle kleineren Knoten auf der Stirn zum Schwinden gebracht hatte, während die grösseren auf den Augenbrauenbogen bedeutend flacher geworden waren. Ein bald darauf auftretendes Erysipel auf dem rechten Arme begrenzte sich auf dem Vorderarme und hatte auch hier eine Verkleinerung resp. Schwund der Knoten zur Folge. Während des Bestandes dieser Erysipele war auffallend rasch das Geschwür auf dem Unterschenkel mit dicker lamelloser Narbe zur Heilung gekommen.

Fall XXIII.

Anna Kestner, 16 Jahre alt, Lettin, aus Kemmern gebürtig, seit zwei Jahren in der Nähe Mitaus lebend, stellte sich am **9. April 1875** in meiner Hausambulanz vor.

Anamnese. Beide Eltern leben und sind angeblich gesund, ebenso fünf Geschwister.

Die Patientin selbst ist bis vor zwei Jahren stets gesund gewesen. Damals bemerkte sie die ersten Symptome ihres Leidens, kleine rothe Knötchen auf den Armen, bald auch auf der Stirn, dem Gesichte und den Unterschenkeln, ohne sich dabei sonst unwohl befunden zu haben. Diese Knötchen nahmen langsam an Grösse zu, und die durch sie bedingte Entstellung des Gesichts veranlasste sie, ärztliche Hilfe zu suchen. Vor drei Monaten zum ersten Male menstruirt, sind die Menses bisher regelmässig eingetreten.

Status praesens. Patientin ist von mittelgrossem, schlankem Wuchse und guter Ernährung. Auf der mässig verdickten Stirnhaut stehen einzelne linsen- bis erbsengrosse hellbraune Knoten, die an Zahl auf den Augenbrauenbogen zunehmen. Die Augenbrauen sind dünn, die Cilien vollständig vorhanden. Die Augen sind gesund. Auf der rechten Wange finden sich zwei, fast bohnergrosse, hellbraune, glänzende Knoten, während auf der correspondirenden Stelle der linken Wange ein ebenso grosser brauner Fleck auf infiltrirter Basis vorhanden. Auf dem Kinn liegen mehrere, erbsengrosse Knoten. Die Hals- und Rumpfhaut, die Ohrmuscheln, die Nase sind frei von Knoteneinlagerungen. Die Rachenschleimhaut ist intact.

Auf der Aussenfläche und Mitte des linken Oberarmes liegt ein 13 Cm. langer und 10 Cm. breiter quaddelförmig erhabener rothbrauner Flecken, in dessen Mitte sich eine runde Insel scheinbar intacter Haut von etwa Kopekenstückgrösse befindet. Die Oberfläche dieses Fleckens fühlt sich uneben an wegen kleiner, theils runder, theils flacher Erhabenheiten, und ist mit feinen Epidermisschüppchen bedeckt. Die Streckseite des linken Vorderarmes ist hellbraun pigmentirt und mit zahlreichen linsen- bis erbsengrossen dunkelbraunen Knoten besetzt. Auf dem linken

Ellenbogen liegt ein rundes, gut granulirendes Geschwür, das durch Verbrennung entstanden sein soll. Die Dorsalfläche der linken Handwurzel ist mit zahlreichen Knoten bedeckt, die sich auch in kleinerer Form und flacher auf dem Handrücken vorfinden. Der rechte Arm zeigt in symmetrischer Lage zur linken Seite dieselben Befunde wie dieser, nur fehlt hier die intacte Hautinsel innerhalb der indurirten Hautfläche.

Die Haut der Oberschenkel ist intact. Von den Knien bis zu den Fussgelenken herab finden sich jedoch wieder zahlreiche Knoteneinlagerungen in der hellbraun gefärbten, über den Waden deutlich fühlbar diffuse verdickten Haut. Die Füße sind intact. Die cutane Sensibilität erweist sich als fehlend auf der Stirn und einem Theile der Wangen, dem Kinn; stark herabgesetzt auf der Streckseite der Vorderarme vom Ellenbogen bis zur Mitte derselben, an den Unterschenkeln vom Knie bis zum Fussgelenke. — Drüsenanschwellungen sind nirgends vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist ungetrübt.

Ueber das fernere Ergehen der Patientin ist mir nichts bekannt geworden.

Fall XXIV.

Andres Koch, 27 Jahre alt, Ehste, aus dem Pernau'schen Kreise gebürtig, gegenwärtig Mitau'scher Garnisonssoldat, stellte sich mir am **10. Januar 1877** in meiner Hausambulanz vor.

Anamnese. Da ich der ehstnischen Sprache nicht mächtig, der Patient aber sonst nur ein mir schwer verständliches Russisch sprach, so konnte ich von anamnestischen Auskünften nur wenig Zuverlässiges erfahren. Die Eltern und Geschwister sollen gesund sein.

Als Grund seines Leidens führt er Erkältung an, nach welcher erst eine Anschwellung der Beine, dann rothe Flecken an den Unterschenkeln und Armen, endlich auch im Gesichte aufgetreten seien. Die Flecken sollen zuerst auf der Stirn sich in die gegenwärtig bestehenden Knoten umgewandelt haben. Der ganze Vorgang dauert jetzt etwa zwei Jahre.

Status praesens. Patient ist von kleiner Statur, schwach entwickelter, schlaffer Musculatur, reducirtem Fettpolster. Die

Körperhaut zeigt ein fahles, aschgraues Colorit, nur das Gesicht, die Streckseiten der oberen Extremitäten und die Vorderfläche der Unterschenkel sind hellbraun gefärbt.

Auf der mässig infiltrirten Stirnhaut, über den wulstförmig verdickten, haarlosen Augenbrauenrändern, der Mitte beider Wangen, den Oberlippen, dem Kinn, den Ohrmuschelrändern sind zahlreiche linsen- bis erbsengrosse Knoten sichtbar, die dunkelbraun gefärbt und von denen die auf den Augenbrauen belegenen über der Mitte mit weissgrauen Epidermisschüppchen bedeckt sind. Die Nasenspitze ist abgeflacht, die Nasenscheidewand verdickt, bei Berührung leicht blutend, zum Theil mit schwarzer Kruste bedeckt. Rachenwand und Mundhöhle erscheinen livid geröthet und mit glasigem Schleime bedeckt.

Auf den Streckseiten beider Arme sind zahlreiche braune Knoten sichtbar, die zu Gruppen zusammengedrängt, auf beiden Ellenbogen und auf den Dorsalflächen beider Handgelenke stehen. Die Hände sind mager, die Handballen abgeflacht, die Haut rothbraun, doch knotenfrei.

Die Oberschenkelhaut ist frei von Knoten. Diese beginnen über den Knien und ihren Seitenflächen wieder zahlreich und bis zu Erbsengrösse aufzutreten, stehen dann kleiner werdend undicht auf den Unterschenkeln, dichter auf den Fussgelenken, die gleich den Fussrücken durch pralles Oedem leicht geschwellt sind. Drüsenschwellungen sind nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist ungetrübt. Nirgends Anästhesie vorhanden. Den Patienten führten eigentlich nur kosmetische Bedenken zum Arzte. Da er verabschiedet werden sollte, um sich dann in seine Heimath zu begeben, ist er mir nicht weiter zu Gesicht gekommen.

Fall XXV.

Jacob Anzulen, 25 Jahre alt, Lette, aus Mesothén (Kreis Bauske) gebürtig und daselbst domicilirend, stellte sich in meiner Hausambulanz am 17. September 1879 vor.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister sind gesund. Er selbst weiss sich auch keiner besonderen Krankheit bis vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren zu erinnern. Bis vor 2 Jahren war er im Militärdienste und hat den serbisch-türkischen Krieg als Druschine

bei der Artillerie mitgemacht, ist damals eine kurze Zeit an einem fieberhaften Leiden in einem Hospitale krank gewesen. Bald darauf habe er zuerst auf den Ellenbogen und Vorderarmen, dann der Stirn und endlich den Beinen rothe Flecken entstehen sehen, die für Scorbut gehalten wurden. Bald jedoch bildeten sich aus diesen Flecken kleinere und grössere Knoten, und endlich traten plötzlich nach kurzem allgemeinen Unwohlsein „Wasserblasen“ über den Knien auf, die in langsam heilende Geschwüre übergingen. Seit einiger Zeit leidet er an heftigem Husten und Heiserkeit, Schmerzen in der Kehle, Schnupfen mit häufigem Nasenbluten.

Status praesens. Patient ist von grossem Wuchse, derbem Knochenbau, doch nur mässig entwickelter Musculatur, besonders an den Armen sind die Flexorenbäusche schwächig; die Handballen flach, die Waden mangelhaft. Augenbrauen und Cilien fehlen. Die Augenbindehaut ist leicht geröthet, trocken. Die Haut ist im Allgemeinen rein, weiss, mit Ausnahme des Gesichtes und der Extremitäten. Das Gesicht erscheint etwas gedunsen, bronzefarben; die Stirnhaut wulstförmig verdickt, mit zahlreichen, besonders über den Stirnhöckern, den Augenbrauenbogen, den Wangen, Lippen und Knien in Reihen und Gruppen zusammenstehenden erbsen- und bohngrossen Knoten bedeckt. Auch die Nasenflügel sind durch Knoteneinlagerungen verdickt, die Nasenspitze deprimirt, das Septum exulcerirt und geschrumpft, ohne eine Perforation auffinden zu lassen. Die Farbe der Knoten ist etwas dunkler als die Gesichtshaut, die sie deckende Epidermis glatt, glänzend, sehr dünn. Die Ohren zeigen keine Knoteneinlagerung. Im Rachen finden sich die Zeichen eines chronischen Katarrhs mit warzenförmiger Auflockerung der Schleimhaut über der hinteren Rachenwand.

Von der Mitte der Oberarme bis zu den Händen herab ist die Haut braungelb tingirt und mit zahlreichen dunkelrothbraunen Flecken auf indurirter Basis und runden, prominirenden Knoten von Linsen- und Erbsengrösse bedeckt, besonders dicht in der Umgebung der Ellenbogen und Handgelenke.

Dasselbe Bild bieten die unteren Extremitäten von der Aussenseite und Mitte der Oberschenkel bis zu den Füßen herab dar. Hier stehen die Knoten zahlreicher über den Knien, ihrer

seitlichen Umgebung und über den Fussgelenken. Auf beiden Kniescheiben liegt je eine runde, schmutzig weisse, krause Narbe von braungrauem Rande umgeben. Die Füße sind leicht durch pralles Oedem an den Fussgelenken und über den Fussrücken geschwellt. In den Leisten finden sich einige haselnussgrosse geschwellte Drüsen. — Das Allgemeinbefinden des Patienten ist ausser durch Husten und schmerzhaftes Kratzen im Halse, Schmerzen beim Schlucken, nicht weiter alterirt. Die laryngoskopische Untersuchung ist durch Verdickung des schwerbeweglichen, gerötheten Kehldeckels erschwert. Die Kehldeckelrand erscheint uneben, der sichtbare Theil der Taschenbänder geschwollen, blass geröthet, der Rand der wahren Stimmbänder hell rosafarben, die Aryknorpel breit verdickt. Die Untersuchung der Lungen lässt nur einen Katarrh der grossen Bronchien nachweisen. Das Herz ist gesund. Gegen Nadelstiche ergeben sich unempfindlich die Stirn, eine kleine Partie der Wangen, das Kinn, die Vorderarme und Unterschenkel über unregelmässig begrenzten Hautpartien.

Die Ordination bestand in einer alkalischen Mixtur mit Morphinumzusatz.

Am 17. October desselben Jahres erschien der Patient noch einmal bei mir. Die Heiserkeit hatte zugenommen, sonst war keine besondere Veränderung in den leprösen Erscheinungen eingetreten, als dass sich auch auf der unteren Kinnfläche kleine, hanfkorngrosse Knötchen eingefunden hatten und die Ohrläppchen durch kleine Knoteneinlagerungen verdickt worden waren. Ferner hatte sich ein Eczem eingestellt, das die Gürtelgegend, die Nates und die Vorderfläche der Oberschenkel, die Innenfläche der Oberarme occupirte und den Patienten durch Jucken belästigte. Die Ordination war eine der vorigen ähnliche, neben einer Theersalbe. Seit dieser Zeit habe ich den Patienten nicht mehr gesehen.

Fall XXVI.

Jahne Ullmann, 27 Jahre alt, Lette, aus Dannenthal (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst domicilirend, erschien am 1. Juni 1880 in meiner Hausambulanz.

Anamnese. Der Vater des Patienten ist vor 15 Jahren gestorben und hat an Fussgeschwüren gelitten, sonst aber weiss er sich seiner wenig zu erinnern. Seine noch lebende Mutter leidet auch an Fussgeschwüren, ist aber von solchen Krankheitserscheinungen, wie sie sich bei ihm zeigen, frei geblieben. Seine Geschwister sind gesund. Er selbst hat vor fünf Jahren ein gesundes Weib geheirathet, hat jedoch bisher keine Kinder. Bis vor fünf Jahren ist er niemals erheblich krank gewesen. Damals habe er sich bei der Holzflössung auf der Aa eine heftige Erkältung bei der Arbeit im Wasser zugezogen und sei einige Tage fieberhaft und mit heftigen Gliederschmerzen krank gewesen. In seinem Unwohlsein sei Besserung eingetreten, als sich zwei rasch auf einander folgende grosse Blasen auf beiden Waden eingefunden hatten. Sie gingen in Geschwüre über, die erst nach einigen Wochen zur Verheilung kamen. In der Folgezeit erschienen solche Blasenaufrüche wiederholt, zuerst auf beiden Knien, dann beiden Vorderarmen, den Ellenbogen und Unterschenkeln. Sie nahmen alle den gleichen Verlauf.

Status praesens. Patient ist von mittlerer Körpergrösse, kräftiger Musculatur, mit Ausnahme der schwächlich erscheinenden Arme und Beine. Beide haarlose, verdickte Augenbrauenränder sind mit aneinander gereihten rothbraunen Flecken bedeckt.

Die Stirnhaut ist glatt weiss, nicht verdickt, wohl aber die Haut über der Nasenwurzel, wo sie radiär gestellte dicke Wülste von bohnergrossen Knoten bildet, deren Farbe nur etwas dunkler als die der angrenzenden Stirnhaut ist. Die Cilien sind defect, besonders an den unteren Augenlidern. Es besteht chronischer Rachen- und ein leichter Conjunctionalkatarrh mit spärlichem Secrete. Die Nasenlöcher sind von schwarzen Krusten umsäumt. Es soll nach ihrer Entfernung leicht Blutung eintreten. Das Gesicht ist rein, wenig gebräunt. Der Gesichtsausdruck schlaff, wie es scheint, eines lebhafteren Mienenspiels nicht fähig.

Die Rumpfhaut ist rein. Auf beiden Ellenbogen befinden sich rothblaue, mit dunklen Rändern umgebene, glatte, glänzende Narben. Auf den Vorderarmen, über den Handwurzelgelenken sind ebensolche, beiderseits symmetrisch zu einander belegenen Narben sichtbar. Auf beiden Handrücken liegt je ein rundes

oberflächliches Geschwür, zum Theil noch mit einer gelbbraunen Kruste bedeckt, das seinen Ursprung einer vor wenigen Tagen plötzlich aufgeschossenen Blase verdanken soll. Beide Kniee und Unterschenkel weisen auch zahlreiche, theils ganz pigmentlose, theils grauweisse und livide, runde Narben auf. Die Haut der Unterschenkel ist besonders an der Vorderfläche blauroth gefärbt und glänzend, rissig, einer alten Narbenhaut ähnlich, doch behauptet der Patient, dass dieselbe wohl oberflächlich häufig wund gewesen, doch nie für lange Zeit. Die Füße sind leicht ödematös geschwellt, ebenso beide Hände bis zu den letzten Fingergliedern, die frei von Schwellung geblieben.

Es besteht gegen Nadelstiche vollkommene Unempfindlichkeit auf der Aussenseite beider Vorderarme und der Vorderfläche beider Unterschenkel, endlich über den Augenbrauen. An anderen Hautpartien liess sich Anästhasie nicht auffinden. — Der Ulnarnerv erscheint verdickt, bei Druck schmerzhaft.

Drüsenschwellungen sind nirgends vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist ungetrübt. — Die Ordination bestand in einer Verbandsalbe mit Carbolzink und dem innerlichen Gebrauche der Fowler'schen Solution.

Am 22. Mai 1881 sah ich den Patienten nochmals in der Ambulanz. Sein Aussehen hatte sich während des verflossenen Jahres sehr verschlechtert. Er war sehr mager geworden; das Gesicht bleifarben, die allgemeine Körperhaut welk, faltig, die Muskulatur schlaff. Er berichtet, dass er bisher an häufig nach Blasenaufbrüchen entstehenden Geschwüren gelitten, und gegenwärtig noch einzelne an den Füßen nicht zur Verheilung gekommen.

Bei der Besichtigung findet sich auch die Zahl der charakteristisch runden, ovalen, hellen, theils graublauen, theils weissen oder hell lividen Narben an den Extremitäten vermehrt. Ausserdem besteht ein Eczem, das den Rücken, die Brust, die Nates, die Oberarme und Oberschenkel in zerstreuten Papeln, die zum Theil mit schwarzen Krusten bedeckt sind, occupirt. Hände und Füße sind stärker ödematös geschwellt. Auf dem Innenrande des linken Fusses liegt ein grosses, sich zur Fusssohle hin erstreckendes tiefes, mit callosen Rändern umgebenes Geschwür, dessen Grund glatt, glänzend, blass, völlig granulationslos und

trocken erscheint, Auf dem Rücken des rechten Fusses befindet sich eine ein Kopekenstück grosse, runde, trockene, glatte, braune Kruste, die sich eben abzulösen beginnt. Es ist hier vor wenigen Tagen eine Blase vorhanden gewesen.

Im Bestande der Anästhesie ist keine Aenderung gegen früher eingetreten.

Es werden feuchtwarme Umschläge über die Geschwüre zu legen anempfohlen, eine Verbandsalbe mit rothem Quecksilberpräcipitat und der innerliche Gebrauch von Leberthran mit Jod-eisensyrup verordnet.

Von dem Patienten habe ich seitdem keine Kunde.

Fall XXVII.

Madde Bildert, 31 Jahre alt, Lettin, aus Kr. Garrosen (Kreis Doblen) gebürtig und daselbst beständig domicilirend, erschien am **29. October 1882** in meiner Hausambulanz.

Anamnese. Die Eltern und Geschwister der unverehelichten Patientin sind gesund.

Ihr eigener Gesundheitszustand hat bis vor fünf Jahren nie erheblich gelitten. Die Menses traten mit dem 15. Lebensjahre ein und sind seitdem bis vor einem Jahre stets regelmässig gewesen, von da ab aber unregelmässig und spärlich geworden, ohne ihr jedoch deshalb besondere Beschwerden zu machen, selbst wenn sie zwei bis drei Monate ganz ausblieben. Vor fünf Jahren will sie zuerst ohne besondere Vorboten dunkelrothe Flecken auf den Unterschenkeln bemerkt haben, denen nach Jahresfrist ebensolche Flecken auf der Stirn und im Gesichte, endlich den Armen folgten. Nach wieder einem Jahre hatten sich fast alle Flecken in Knoten verwandelt, die anfangs klein, allmählich an Grösse zunahmen. Gleichzeitig stellte sich ein hartnäckiger Schnupfen mit häufigem Nasenbluten, Trockenheit im Halse, Heiserkeit und oft Schmerz beim Schlucken ein. In letzter Zeit ist starker Husten und Athemenge eingetreten, wodurch sie, nachdem von ihr angewandte Hausmittel erfolglos geblieben, veranlasst wurde ärztliche Hilfe zu suchen.

Status praesens. Patientin ist von mittlerer Körpergrösse, ziemlich kräftiger Statur, gut entwickelter Musculatur, mit Aus-

nahme der Arme und Beine, die schlaffe, dünnere Musculatur haben und sehr geringes Fettpolster.

Der Kopf ist mit dichten, hellbraunen, langen Haaren bedeckt, Augenbrauen und Wimpern fehlen. Auf der Stirn befinden sich zahlreiche, über den Stirnhöckern in Gruppen zusammenstehende, erbsengrosse Knoten auf infiltrirter Haut, ebenso grosse Knoten auf den infiltrirten Augenbrauenbogen. Alle Knoten sind dunkler braun als die Stirnhaut und über den Augenbrauen mit Krusten oder mit kleinen, trockenen, kraterförmigen Geschwüren bedeckt. Die hellbraune Gesichtshaut ist auf beiden Wangen mit je drei bohnergrossen Knoten besetzt, von denen einzelne oberflächlich erodirt erscheinen, während andere mit dünnen schwarzen Krusten bedeckt sind. Auf der Oberlippe liegen sechs grosse, ovale Knoten radiär zur Mundspalte gestellt; auf dem Kinne und der Unterlippe runde, fast haselnussgrosse Knoten. Die unverletzten Knoten steigen alle steil von der sie umgebenden Haut auf, fühlen sich derb elastisch an und sind mit feiner, fettglänzender Epidermis überzogen. — Die Nasenspitze ist deprimirt, die knorpelige Scheidewand beiderseits erodirt und verdünnt, der Perforation nahe. Die hintere Rachenwand ist mit zahlreichen grossen und kleinen, zum Theil exulcerirten, blassen Knoten bedeckt. Die Uvula ist kolbenförmig verdickt und verlängert, die Tonsillen zerklüftet, doch nicht exulcerirt. Auf dem Gaumengewölbe ist eine ganze Reihe von Knoten sichtbar, die flach und etwa linsengross hinter den Schneidezähnen beginnen und bis hanfkorngross kleiner werdend, sich seitlich vom Zäpfchen über das Gaumensegel ausbreiten. Der Kehldeckel ist dick, an den Rändern uneben, livid geröthet, sattelförmig verbogen, so dass er dadurch den Einblick in den Larynx verhindert. Die Respiration ist mühsam, und erscheint namentlich die Inspiration behindert. Die Untersuchung der Lungen lässt nur einen weit verbreiteten Bronchialkatarrh erkennen.

Auf der Streckseite der Vorderarme und Unterschenkel stehen zahlreiche Knoten über der bronzefarbenen Haut, besonders dicht auf den Ellenbogen, Handwurzeln, Kniegelenken und Fussgelenken.

In der Leistengegend sind einzelne geschwellte Drüsen fühlbar, sonst nirgends.

Die cutane Sensibilität findet sich bei der Prüfung mit Nadelstichen fehlend im Gesicht, über den Vorderarmen und Unterschenkeln. Im Gesichte ist die obere Hälfte der Stirn jedoch, sowie die Ohr läppchen empfindlich, an den Extremitäten die Hände und Füsse.

Die Ordination richtete sich selbstverständlich nur gegen den Husten und die Dyspnoe, die beide wohl durch eine raumbeschränkende, freilich nicht sichtbar zu machende, wahrscheinlich lepröse Neubildung im Kehlkopfe bedingt wurden, und bestand daher, ut quidquid fiat, in der Darreichung einer Morphiumsolation.

Die Patientin habe ich später nicht mehr gesehen.

Fall XXVIII. *)

Johanna Sobolewska, 40 Jahre alt, aus dem Kowno'schen Gouvernement (Kreis Schawli) gebürtig, seit neun Jahren in Mitau lebend, präsentirte sich in meiner Hausambulanz am **31. August 1884.**

Anamnese. In ihrer ganzen Familie ist ihr eine Krankheit, wie die ihrige, unbekannt.

Sie ist verheirathet; ihr Mann und ihr einziger Sohn, jetzt 19 Jahre alt, ist gesund. Ihre gegenwärtige Krankheit datirt sie von einem vor zwei Jahren überstandenen, längere Zeit dauernden, fieberhaften Leiden her. Damals bemerkte sie zuerst braune Knoten auf der Stirn und im Gesichte. Später sind sie auch auf den Armen und vor kurzer Zeit endlich auf den unteren Extremitäten erschienen. Ausser einem Nervenfieber, das sie vor acht Jahren überstand, hat sie sich stets einer guten Gesundheit erfreut. Auch jetzt fühlt sie sich im Allgemeinen gesund und klagt nur über ein Gefühl von schmerzhaftem Prickeln und Stechen im Gesichte und ziehenden, brennenden Schmerzen in den Händen.

Status praesens. Patientin ist von mittelgrosser, kräftiger Statur, gut entwickelter Musculatur und reichlichem Fettpolster. Nur die Arme und Unterschenkel erscheinen etwas reducirt. Den Kopf bedeckt ziemlich dichtes, braunes Haar. Die obere

*) Vergl. Illustration.

Halbte der Stirnhaut ist wohl infiltrirt, doch ziemlich glatt, auf der unteren Stirnhalbte aber ist die Haut mit zahlreichen, zum Augenbrauenrande radiär gerichteten, höckerigen, dicken Wülsten, die sämtlich von Knoten gebildet werden, bedeckt und bronzefarben gefärbt. Die Augenbrauen fehlen, die Cilien sind vorhanden. Von der Glabella zieht sich beiderseits über den Nasenrücken eine Reihe dichtstehender, kleinerer Knoten zu den Wangen hin. Hier werden die Knoten nun grösser und zahlreicher, stehen in Gruppen nebeneinander und bedecken beide Wangen, nur den oberen Theil derselben unterhalb der Augen freilassend. Von den Wangen verbreiten sich die Knoten über das Kinn, die Lippen und reichen bis zum Unterkieferrande. Die Nase ist nicht deprimirt, die Nasenflügel mässig verdickt durch kleine Knoteneinlagerungen; an den Nasenlöchern haften schwarze Krusten. Die Farbe aller Knoten ist dunkelbraunroth. — Die Ohrkläppchen sind durch unverfärbte Knoteneinlagerungen verdickt, ebenso die Ohrmuschelränder an einzelnen Stellen. — Die Rachenschleimheit ist geröthet, doch glatt, trocken; die Stimme etwas belegt, und räuspert sich Patientin häufig beim Sprechen; Husten soll nicht vorhanden sein.

Rumpf, Oberarme und Oberschenkel sind weiss und rein.

Auf der Streckseite beider Vorderarme sind zahlreiche kleinere und grössere Flecken auf infiltrirter Basis neben kleinen, linsengrossen Knoten von hellbrauner Farbe vorhanden, die an den Ellenbogen und Kniegelenken Erbsengrösse erreichen und dort auch zahlreicher sind. An Händen und Füssen nichts Auffallendes.

Die Sensibilität ist über den Unterschenkeln etwas herabgesetzt, mehr über dem von Knoten occupirten Theile des Gesichts. Drüenschwellungen sind nirgends vorhanden.

Die Ordination bestand in Jodeisensyrup innerlich und Einreibung der schmerzhaften Hände mit 3 % Carbolöl.

Die Patientin habe ich noch zweimal, am **11. und 28. September 1885**, gesehen. Bei ihrem letzten Besuche war das schmerzhafteste Prickeln auf der Stirn in ein Gefühl von heftigem Jucken übergegangen, in Folge dessen sie mehrere Knoten wund gekratzt hatte, namentlich über den Augenbrauen. Die Knoten auf den Extremitäten hatten sich an Zahl dadurch vermehrt, dass aus den früher nur infiltrirten Flecken jetzt runde, pro-

minirende Knoten geworden waren. Die Schmerzen in den Händen und Beinen bestanden unverändert fort.

Eine nochmals vorgenommene Prüfung der cutanen Sensibilität ergab, dass sie über den Unterschenkeln jetzt auch normal vorhanden war, wie auch sonst auf der ganzen Körperoberfläche mit Ausnahme des unteren Theiles der Stirn und des Gesichtes, hier mit Ausnahme des rothen Lippensaumes und der Nasenspitze.

Die Ordination bestand jetzt in Solut. arsenical. Fowler. innerlich und schwach alkalischen Bädern.

Patientin wollte die Stadt verlassen und ist mir daher nicht mehr zu Gesicht gekommen.

Fall XXIX.

Trihne Wieckmann, Lettin, unverheirathet, 28 Jahre alt, aus Kr. Brandenburg im Doblen'schen Kreise gebürtig und bisher daselbst domicilirend, meldete sich am 26. October 1886 in meiner Ambulanz.

Anamnese. Beide hochbetagten Eltern der Patientin leben und sind gesund, ebenso sieben ihrer Geschwister und deren Kinder, sowie alle ihr bekannten Anverwandten und Miteinwohner ihres Gesindes sind frei von Krankheitserscheinungen, wie sie die Patientin darbietet.

Patientin ist seit ihrem 15. Jahre regelmässig menstruiert und erinnert sich nicht, bis vor $2\frac{1}{2}$ Jahren jemals sich ernstlich krank gefühlt zu haben. Damals jedoch stellten sich Schmerzen in beiden unteren Extremitäten ein mit leichter Schwellung der Waden, Fussgelenke und Füße. Da diese Schmerzen und die Schwellung sie immer mehr belästigten, hat sie bereits bei mehreren Aerzten Hilfe gesucht, doch erfolglos.

Status praesens. Patientin ist von mittlerer Körpergrösse und ziemlich gutem Ernährungszustande. Das blonde Haupthaar ist dicht, die Augenbrauen jedoch sehr dünn, die Wimpern vielfach defect.

Die Gesichtsfarbe ist hell kupferfarben, dunkler auf der Stirn, den Wangen und dem Kinn. Die Stirnhaut ist mässig infiltrirt und formt sich zu quer verlaufenden Wülsten beim Runzeln der Stirn, während sich vertical verlaufende Wülste auf der Glabella

bilden. Knoteneinlagerungen fehlen überall im Gesichte. Die Ohr läppchen sind mässig verdickt und lassen kleine, hanfkorn-grosse Einlagerungen dem Gefühle entdecken.

Augen-, Nasen-, Rachen- und Mundschleimhaut sind intact, ebenso die Hals- und Rumpfhaut und die Haut der Oberarme und Oberschenkel.

Auf beiden Ellenbogen jedoch befinden sich runde, braunroth tingirte, erhabene, scheibenförmige Flecken von dunkel blaugrauen Rändern umgeben und mit feinen Epidermisschuppen bedeckt. Auf der Streckseite beider Vorderarme finden sich zerstreut kleine, kaum erbsengrosse, wenig prominirende hellbraun gefärbte Knoten. Die Haut über den Waden ist an beiden Unterschenkeln von der Kniekehle bis zur Achillessehne herab diffuse und derb infiltrirt und oberflächlich höckerig uneben durch festere knoten-förmige Einlagerungen, die jedoch nirgends das Hautniveau sichtbar überragen. Diese Partien schmerzen spontan und soll der Schmerz durch Druck gesteigert werden. Beide Füsse sind leicht ödematös geschwellt.

Drüenschwellungen sind nirgends vorhanden.

Das Allgemeinbefinden ist bis auf die erwähnten Schmerzempfindungen in den Beinen und ein Gefühl von Prickeln und Vertauben in den Händen nicht gestört.

Ordinirt wurde der innerliche Gebrauch von Kreosot.

Patientin habe ich später noch zweimal gesehen, zuletzt am **29. Januar 1887**. Eine Veränderung der leprösen Erscheinungen war insofern eingetreten, als sich jetzt sichtbare Knoteneinlagerungen in der Stirnhaut über den Augenbrauenbogen, der Glabella und auf der Kinns Spitze fanden, die Knoten in den Ohr läppchen bedeutend grösser geworden waren, endlich auf der stark infiltrirten Wadenhaut beider Extremitäten einzelne Knoten von hellbrauner Farbe sich geringe und flach über das Hautniveau erhoben hatten. Die Schmerzen in den unteren Extremitäten bestanden unverändert fort, ebenso das Gefühl von Prickeln und Vertauben in den jetzt leicht geschwellten Händen. Gegen Nadelstiche erwiesen sie sich jedoch normal empfindlich. Anästhesie liess sich überhaupt bisher nirgends nachweisen. — Weitere Kunde von der Patientin fehlt mir.

Fall XXX.

Pauline Greier, Lettin, aus Grünhof (Kreis Doblen) gebürtig und bisher stets daselbst domicilirend, 21 Jahre alt, trat am 2. Februar 1887 ins Hospital.

Anamnese. Der Vater der Patientin starb vor drei Jahren an einer Lungenkrankheit, die Mutter lebt noch und ist gesund und ebenso, wie es auch der Vater war, frei von leprösen Erscheinungen. Ihre beiden Schwestern, von welchen eine verheirathet und gesunde Kinder hat, sind bisher auch gesund und frei von leprösen Erscheinungen.

Patientin selbst erfreute sich auch stets einer guten Gesundheit und will nur vor drei Jahren Varioloiden überstanden haben. Mit dem 13. Jahre wurde sie menstruiert und ist es seitdem regelmässig. Vor anderthalb Jahren will sie die ersten Erscheinungen ihres gegenwärtigen Leidens in Gestalt kleiner bräunlicher Flecken auf den etwas angedrungenen Unterschenkeln bemerkt haben. Ein besonderes Unwohlsein bestand zu dieser Zeit nicht. Im Laufe etwa eines halben Jahres stellten sich solche Flecken auch auf den Armen ein und bald darauf endlich auch im Gesichte. Hier haben sich zuerst aus den Flecken Knötchen gebildet, die unter Jucken und Brennen sich besonders am Kinn rasch vergrösserten. Ueber Störungen im Allgemeinbefinden hat sie nicht zu klagen, es sei denn über zeitweise auftretende Schmerzen in den Beinen, deren Schwellung seit einem halben Jahre bedeutend zugenommen haben soll.

Status praesens. Patientin ist von mittelgrossem Wuchse, kräftiger Statur, gut entwickelter Musculatur, gutem Ernährungszustande, sieht jedoch älter aus, als sie zu sein angiebt und auch ihre Legitimation ausweist. Der Kopf ist mit dichtem langen, dunkelbraunen Haar bedeckt. Die Gesichtsfarbe ist im Allgemeinen hell rothbraun, dunkler über den haarlosen Augenbrauen, der Nase, der Mitte der Wangen, an der Oberlippe und dem Kinn. Auf der mässig infiltrirten Stirnhaut sind zahlreiche kleinere und grössere, auf den Augenbrauen Erbsengrösse erreichende Knoten von dunkler braunrother Farbe, als die Umgebung, eingelagert. Ebensolche Knoten befinden sich auf der

Glabella, an den Mundwinkeln, auf der Oberlippe und besonders zahlreich auf dem Kinn, wo sie in Gruppen bei einander stehen und die Haut wie tief zerklüftet erscheinen lassen. Die Haut über den Wangen ist derb infiltrirt, doch lässt sich beim Anfühlen in ihr keine Knoteneinlagerung constatiren. Beide unverfärbte Ohr läppchen sind durch zahlreiche Knoteneinlagerungen höckerig verdickt. Die Cilien stehen auf den oberen Augenlidern sehr undicht. Die Conjunctiva ist blass an den Uebergangsfalten, in der Nähe der Lidränder jedoch geröthet. Die Nasenspitze ist dick und dunkel geröthet. Die Nasenschleimhaut ist geschwellt, doch blass. Die Schleimhaut des Mundes und Rachens ist von normalem Aussehen. Die Hals- und Rumpfhaut ist von normaler Färbung und rein.

Auf der Streckseite der Ober- und Unterarme ist die Haut dagegen grauweiss und zeigt zahlreiche kleine, etwa hanfkorn- bis erbsengrosse braungelbe Flecken ohne unterliegende Infiltration.

Denselben Befund bieten auch die Aussenflächen beider Oberschenkel und das obere Dritttheil der Unterschenkel dar. Von ihrer Mitte ab jedoch findet sich die Haut derselben derb infiltrirt, und reicht diese Infiltration bis ins Unterhautzellgewebe. Eben solche Infiltration bietet die Umgebung der Fussgelenke und die Füsse selbst dar. Auf der Aussenseite beider Unterschenkel findet sich im unteren Theile je ein fast bohnergrosser brauner, flacher Knoten.

Anästhesie findet sich gegen Nadelstiche auf dem unteren Theile der Stirn, auf dem Kinn und der Wadenfläche der Unterschenkel. Stark herabgesetzt ist die Empfindlichkeit auf den Wangen und der Streckseite der Vorderarme. Ueberall sonst ist die Haut normal empfindlich.

Drüsenschwellungen sind nirgends vorhanden. Patientin befindet sich noch gegenwärtig im Hospitale (Februar 1887).

Epikritische Bemerkungen.

Die vorstehend mitgetheilten 30 Leprafälle vertheilen sich dem Geschlechte nach auf 22 Männer, 8 Weiber. Beim Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen standen in einem Alter von:

12 bis 20 Jahren 3 Männer und 3 Weiber, in Summa 6

21 " 30 " 7 " " 3 " " " 10

31 " 40 " 1 " " 1 " " " 2

41 " 50 " 4 " " 1 " " " 5

51 " 60 " 4 " " — " " " 4

61 " 70 " 3 " " — " " " 3

Summa Patienten: 22 männl. und 8 weibl. in Summa 30.

Der jüngste Fall betraf einen Mann (Fall III) von 12 Jahren bei der Erkrankung, der älteste ebenfalls einen Mann (Fall II und XVII) von 63 Jahren zur Zeit der Erkrankung.

Der Nationalität nach waren betheiligt:

Letten in 18 Fällen, darunter 12 Männer und 6 Weiber

Ebräer " 9 " " 8 " " 1 Weib

Ehsten " 1 Fall " 1 Mann " — "

Russen " 1 " " 1 " " — "

Litthauer " 1 " " — " " 1 "

Der Geburt nach stammten aus Curland 25 Fälle

" " " " " Litthauen 3 "

" " " " " Livland 2 "

Von den aus Curland gebürtigen Fällen gehörten an:

dem Doblen'schen Kreise 14 Fälle und zwar stammten aus

der Gemeinde Dannenthal 2 Fälle: 2 Männer — Weib

" " Neu-Bergfried 2 " 2 " — "

" " Stadt Mitau 2 " 1 Mann 1 "

" " Wolgund 1 Fall — " 1 "

" " Kulpenhof 1 " 1 " — "

" " Gr. Sessau 1 " 1 " — "

" " Brandenburg 2 Fälle — " 2 Weiber

" " Gr. Berken 1 Fall 1 " — Weib

" " Kr. Garrosen 1 " — " 1 "

" " Grünhof 1 " — " 1 "

Summa: 14 Fälle: 8 Männer 6 Weiber.

Aus dem Tuckum'schen Kreise waren gebürtig 6 Fälle, und zwar aus:

der Gemeinde Stadt Tuckum 4 Fälle: 4 Männer

„ „ Nurmhusen 1 Fall: 1 Mann

„ „ Spahren 1 „ 1 „

Aus dem Bauskeschen Kreise waren gebürtig 3 Fälle und zwar aus:

der Gemeinde Mesothien 2 Fälle: 2 Männer

„ „ Zerraut 1 Fall: 1 Mann.

Aus der Stadt Goldingen stammte 1 Fall: 1 Mann

„ „ „ Friedrichstadt „ 1 „ 1 „

Aus Livland stammten 2 Fälle und zwar:

aus dem Pernau'schen Kreise 1 Mann

„ „ Schlock'schen „ (Kemmern) 1 Weib.

Aus Litthauen, dem Kowno'schen Gouvernement, stammten 3 Fälle: 2 Männer und 1 Weib.

Es stammten der Geburt nach somit aus Curland 25 Fälle, aus Livland 2 Fälle und Litthauen 3 Fälle.

Ordnen wir aber die 30 mitgetheilten Fälle nicht nach ihrem Geburtsorte, sondern nach ihrem Domicile zur Zeit der Erkrankung, so finden wir, dass im Doblen'schen Kreise erkrankten:

von beständig daselbst ansässig gewesenenen 13 Fälle

„ Eingewanderten 8 „

In Summa 21 Fälle.

Von den Eingewanderten gehörten:

zu Friedrichstadt 1 Fall

„ Goldingen 1 „

„ Tuckum 4 Fälle

„ Litthauen 1 Fall

„ Livland 1 „

Im Tuckum'schen Kreise waren erkrankt: 2 Fälle

„ Bauske'schen „ war „ 1 Fall

Von den aus Livland stammenden 2 Fällen ist in Livland (Kemmern) wahrscheinlich 1 Fall erkrankt.

Die aus Litthauen stammenden 3 Fälle sind sämmtlich in Curland erkrankt, ein Fall in Mitau, bei zweien aber war der Erkrankungsort nicht zu constatiren, doch jedenfalls innerhalb Curlands belegen.

Von aus Curland stammenden Patienten waren erkrankt in Riga 2 Fälle, davon 1 Fall aus dem Doblen'schen Kreise (Brandenburg) und 1 Fall aus Tuckum stammend;

in Bulgarien (?) 1 Fall aus dem Bauske'schen Kreise

„ Serbien (?) 1 „ „ „ „ „

Die grösste Zahl der Leprösen war mithin im Doblenschen Kreise erkrankt, einem der sog. Mitau'schen Tiefebene angehörigen Bezirke von etwa 53 Quadratmeilen Grösse und einer Einwohnerzahl von etwa 91.500 Menschen. Es ist der Doblen'sche Kreis der am dichtesten bevölkerte Curlands. Er wird begrenzt nach Norden von dem Schlock'schen Kreise Livlands und dem Patrimonialgebiete Rigas, wo nach der Paulson'schen Enquête sich verhältnissmässig zahlreiche Lepraerkrankungen constatiren liessen; von Süden und Osten her vom Bauske'schen Kreise umfasst und stösst im Westen an den Tuckum'schen Kreis. Ihn durchfliesst von Südost nach Nordwest die Aa, welche hier gerade die grösste Zahl (etwa 7 von 9) ihrer von Süden her ihr zuströmenden Nebenflüsse aufnimmt. Die geringe Erhebung über den Meeresspiegel — Mitau liegt nur 3,96 Meter über demselben (1,86 Faden) — und der dadurch bedingte geringe Fall der Aa und ihrer Nebenflüsse hat zur Folge, dass im Frühjahr beim Aufgehen der Flüsse das an- und umliegende Gebiet oft sehr ausgedehnten Ueberschwemmungen ausgesetzt ist, die oft auch im Herbste nach stärkerem und längere Zeit anhaltendem Regen eintreten.

Ausser dem grossen Reichthum an fliessendem Gewässer befinden sich im Doblen'schen Kreise, zumal im nördlichen Theile desselben, viele Moore und Sümpfe neben üppigen Wiesengründen und fruchtbarem Ackerland.

Die Landbevölkerung ist im Allgemeinen wohlhabend, besonders seit dem zahlreichen Uebergange von Grundbesitz an dieselbe. Bisher hat jedoch diese Wohlhabenheit nur geringen Einfluss auf eine in sanitärer Beziehung verbesserte Lebensweise, auf eine gesundheitsgemässe Verbesserung der Wohnstätten gehabt. Die Gesindeswirthe und Eigenthümer haben sich allerdings meist neue Wohnungen errichtet, während das Gesinde in den alten, oft jeder, auch nur mässigen hygieinischen Anforderung nicht Genüge leistenden Baulichkeiten untergebracht

ist. Die Lebensweise von Herr und Knecht ist aber bei der Landbevölkerung nicht wesentlich verschieden. Die Begriffe von Reinlichkeit in ihren Wohnungen, in ihrer Kleidung, ihrer Körperpflege, bei der Zubereitung ihrer Speisen etc. sind dieselben beklagenswerthen wie früher, als ihre pecuniäre Lage eine schlimmere war. Der ärmere Theil der Landbevölkerung lebt in meist von Menschen überfüllten engen, niedrigen, oft feuchten, unventilirten, im Winter meist überheizten Wohnzimmern, deren Atmosphäre für den Ungewohnten, besonders im Winter, erstickend ist, zumal zur Nachtzeit, wenn zu den von Menschen und kleinen Hausthieren stammenden üblen Emanationen noch der Gestank der am Ofen trocknenden feuchten Kleidung hinzukommt.

Trotz aller dieser hygieinischen Uebelstände, ja trotz der Sitte der ärmeren Bevölkerung, eine Bettstelle für mehrere Personen, namentlich Kinder, zu benutzen, möchte ich doch nicht diese Uebelstände für die Verbreitung der Lepra verantwortlich machen, ebensowenig als sich die topographische Lage des am meisten von ihr heimgesuchten Doblen'schen Kreises für die Entstehung derselben verwerthen lässt, denn weder herrscht die Lepra unter der Bevölkerung, die doch unter den gleichen Verhältnissen lebt, in grossem Umfange, noch ist sie erfahrungsgemäss an irgend einen klimatisch oder topographisch besonders charakteristischen Landstrich gebunden. Ob aber dennoch nicht besondere topographische Verhältnisse im Bunde mit unpassendem hygieinischen Verhalten der Bevölkerung diese für die Aufnahme des Leprakeimes in grösserem Masse disponirt, wie es ja wohl bei den sog. miasmatisch-contagiösen Erkrankungen der Fall, das möchte allerdings nicht in Abrede zu stellen sein, denn auffallend ist es, dass die intelligente unter besseren hygieinischen Verhältnissen lebende deutsche Bevölkerung, wenigstens in Curland, keinen Fall von Lepra aufzuweisen hat, sie ist überhaupt bei den bisher aus den Ostseeprovinzen publicirten Leprafällen, soweit mir bekannt, nur mit 7 Fällen betheiligt, die in Riga domicilirend von Paulson (l. c.) mitgetheilt werden.

Dem Berufe nach gehörten von den mitgetheilten 30 Leprafällen an dem

1. Ackerbau treibenden Stande 15 Letten: 10 Männer, 5 Weiber.
2. Ein Handwerk auf dem Lande betrieben 7 Letten: 7 Männer.
3. Als Händler durchzogen das Land $\left\{ \begin{array}{l} 2 \text{ Ebräer} \\ 1 \text{ Russe} \end{array} \right\}$ 3 Männer.
4. Im Militärdienste stand 1 Esthe: 1 Mann.
5. Ein Handwerk in der Stadt betrieb 1 Ebräer, 1 Mann.
6. Ohne bestimmten Beruf in der $\left\{ \begin{array}{l} 1 \text{ Lettin} \\ 1 \text{ Litthauin} \\ 1 \text{ Ebräerin} \end{array} \right\}$ Stadt lebten 3 Weiber.

Verheirathet waren 15, darunter 4 Ehen kinderlos. Aus 11 Ehen stammten 41 Kinder und zwar:

aus 2 Ehen je 1 Kind,	in Summa 2 Kinder
„ 3 „ „ 3 Kinder	„ „ 9 „
„ 4 „ „ 4 „	„ „ 16 „
„ 1 „ „ 5 „	„ „ 5 „
„ 1 „ „ 9 „	„ „ 9 „

In Summa 41 Kinder.

Sämmtliche Kinder waren mit Ausnahme eines Falles bisher gesund. In letzterem Falle (Fall XII) war der Sohn bereits im letzten Stadium des leprösen Marasmus, als beim Vater (Fall XVII) die ersten Erscheinungen der Lepra auftraten.

Von den Ehegenossen war stets nur der eine Theil krank und zwar in 12 Fällen der Mann, in 3 Fällen die Frau, trotz langjähriger Ehedauer (bis zu 35 Jahren).

Von den Eltern der Patienten hatte in 7 Fällen, von denen jedoch 1 Fall zweifelhaft (Fall XXVI), der Vater auch an Lepra gelitten. In allen Fällen war jedoch der Vater erst nach der Geburt der Kinder, und zwar lange Zeit darnach, an Lepra erkrankt.

- Von den Geschwistern der Patienten waren leprös in
- 1 Fall (Fall II), Schwester und 1 Bruder. Hier auch der Vater krank, die übrigen Geschwister aber gesund.
 - 1 Fall (Fall I) 1 Schwester. Beide Eltern gesund.
 - 1 „ (Fall XX) 1 Bruder. Beide Eltern gesund.
- Ueber **prodromale Erscheinungen** vor dem Auftreten der

*) Von ihnen hatten drei früher im Militärdienste gestanden.

ersten Lepra-Symptome berichten 28 Patienten. Die Prodrome bestanden in 19 Fällen in einem fieberhaften Leiden von kürzerer oder längerer Dauer mit rheumatoiden Schmerzen in den meist plattenförmige Infiltrate darbietenden Extremitäten, oder in längere Zeit andauernden Neuralgien, die meist bald in Anästhesie übergingen, besonders in den unteren Extremitäten (5 Fälle), sich aber nicht auf ein bestimmtes Nervengebiet beziehen liessen, endlich in Anästhesie direct, denen Formication und das Gefühl von Vertauben vorausging (in 4 Fällen). In etwa $\frac{1}{4}$ aller Fälle wurde mit grosser Einstimmigkeit als nächste Ursache der Erkrankung eine Erkältung mit gleichzeitiger Durchnässung des Körpers angegeben.

Als **erstes Hautsymptom** wurden in 16 Fällen Flecken auf begrenzt oder diffuse infiltrirter Haut und Unterhautzellgewebe theils angeführt, theils direct beobachtet. Eine solche diffuse Hautinfiltration mit Betheiligung der Unterhautzellgewebe fand sich in 26 Fällen und betraf in allen die Stirn, in 6 Fällen auch die oberen und unteren Extremitäten, die letzteren gleichzeitig allein noch in 5 Fällen. Die von solchen Hautinfiltrationen freigebliebenen Fälle XI, XIII, XVI und XXI blieben auch während der Beobachtungsdauer von Knoten frei, so dass somit diese nur mit jener Infiltration vergesellschaftet waren.

Ueber Knoten als Initialsymptom wurde in 9 Fällen berichtet, und zwar traten sie zuerst im Gesichte in 6 Fällen, auf den Extremitäten in 3 Fällen auf.

Ueber plötzliches Aufschliessen von Blasen als erstes Hautsymptom wurde in 5 Fällen berichtet, und zwar fand dasselbe stets auf den Extremitäten statt.

Den **Verlauf** betreffend ergiebt sich aus den mitgetheilten Krankengeschichten, dass der Bestand der Flecken von kürzester Dauer war. Es entwickelten sich aus ihnen fast stets und meist ziemlich rasch Knoten in 15 Fällen. In 2 Fällen folgten ihnen Blasen, während in keinem Falle sie das einzige Hautsymptom während längerer Beobachtungsdauer bildeten.

Die Knoten hatten einen längeren Bestand und verfielen endlich nur einer regressiven Metamorphose theils mit, theils ohne geschwürig-eitrigen Zerfall, meist nach dem Hinzutritt von Blasen, stets nach dem Ablauf eines und zumal mehrmals reci-

divirenden Erysipels. In mehreren Fällen trat auch ein Zerfall der Knoten durch mechanische Insulte ein, so auf der Stirn durch Abkratzen, auf den unteren Extremitäten durch Durchreiben durch die Fussbekleidung, wodurch dann aber grosse Wunden hervorgerufen wurden, indem in den Zerfall der Knoten auch die sie umgebende und ihnen oft unterliegende infiltrirte Haut mit hineingezogen wurde. Als einziges Hautsymptom neben diffuser Infiltration bestanden sie in 6 Fällen.

Die diffusen Hautinfiltrate, besonders auf der Stirn, überdauerten meist die Knoten und wurden dort erst nach häufigen Erysipelrecidiven zum Schwinden gebracht, worauf es dann sogar zu einer Atrophie der Stirnhaut kommen konnte (z. B. Fall I u. II). An den Extremitäten schwanden sie während der Beobachtungsdauer nicht und in den Fällen VII, IX, XIV, XVIII bestanden sie bis zum lethalen Ausgange fort, zugleich mit anfallweise sich zu grosser Heftigkeit steigenden neuralgiformen Schmerzen in den betreffenden Extremitäten.

Zu bereits vorhandenen Knoten gesellten sich in 13 Fällen plötzlich aufbrechende Pemphigusblasen, die dann meist die Situation beherrschten unter Rückbildung der Knoten. Das Auftreten der Blasen zu den Knoten bezeichnete meist eine Verschlimmerung des Leidens. Nach vorausgegangenen Blasen folgten Knoten in 4 Fällen.

Flecken, Knoten und Blasen wurden successive an einem und demselben Individuum beobachtet in 8 Fällen.

Eine häufige Erscheinung bildeten kleine und grössere atonische Geschwüre. Sie fanden sich auf den oberen Extremitäten in 8 Fällen, auf den unteren Extremitäten in 19 Fällen, auf dem Rumpfe in 6 Fällen. Sie hatten ihren Ursprung genommen aus theils spontanen, theils aus durch Traumen hervorgerufenem Zerfall von Knoten und diffusen Hautinfiltraten, dann aus den anfangs oberflächlichen, nach Blasen zurückbleibenden Geschwüren, die durch Misshandlung und äussere Insulte sich verschlimmert hatten und endlich das Aussehen und die Beschaffenheit atonischer Geschwüre annahmen. — Plantargeschwüre wurden in 4 Fällen (IV, VII, XIV und XIX) beobachtet. Im Falle IV kam es zur Perforation am Fussrücken, schliesslich aber doch nach jahrelangem Bestande zur vollständigen

Verheilung. In demselben Falle wurde auch durch ein Geschwür auf der Patella eine Perforation der Bursa praepatellaris verursacht. Die entstandene Fistel kam auch nach langer Zeit zum Schluss und zur Verheilung. (Fall IV.)

Cutane Anästhesie fand sich in geringerer oder weiterer Ausdehnung auf der Stirn, dem Kinn, im Gesichte und auf den Extremitäten, hier auf den Vorderarmen und Unterschenkeln am häufigsten. Im Ganzen wurde Anästhesie in 27 Fällen beobachtet, und zwar bei bestehenden Flecken und Knoten in 8 Fällen, bei Knoten und Blasen in 15 Fällen, bei nur bestehenden Blasen allein in 4 Fällen. — Anästhetisch waren ausserdem auch die Narbeninseln nach aus Blasen entstandenen Geschwüren. Auffallend war es, dass bei bestehender ausgedehnter Anästhesie der Vorderarme und Unterschenkel oft die letzten Zehen- und Fingerglieder normale Empfindlichkeit besaßen. Die ursprünglich von Anästhesie ergriffenen Hautpartien blieben es meist während der ganzen Beobachtungsdauer. Die Anästhesie der Extremitäten war häufige Veranlassung zu Verbrennungen resp. Verbrühungen.

Störungen im locomotorischen Apparat wurden wohl häufig beobachtet, doch konnten sie nur in seltenen Fällen auf eine Erkrankung peripherer Nerven bezogen werden. Sie waren wohl meist durch Muskelschwund, der seinerseits wohl als Grund eine Trophoneurose haben mochte, bedingt. Durch solchen Muskelschwund waren auch der starre, unbewegliche Gesichtsausdruck und der schwerfällige Gang vieler Patienten bedingt, ebenso wie der Mangel an Kraft in den Armen und Händen. Der Schwund des Orbitalfettzellgewebes gab Veranlassung zu der häufig beobachteten Tieflage des Augapfels, zum Abstehen der Lider von demselben und dem meist geringen Ectropium der unteren Lider, unterstützt hierbei von der Atrophie der Gesichtsmuskeln.

Von den Schleimhäuten nahm am leprösen Prozesse Theil die Nasenschleimhaut in 23 Fällen, unter welchen es in vielen Fällen zur Perforation der knorpeligen Nasenscheidewand nach Ulceration derselben kam. Bevor es jedoch zur Perforation kam, wurde eine Depression der Nasenspitze durch Verdünnung und seitliche Verbiegung des Septums beim Vorschreiten des auf ihm verlaufenden geschwürigen Zerfalls beobachtet.

Die Rachen- und Mundschleimhaut fand sich in 21 Fällen vom leprösen Prozesse ergriffen und zwar in der Form flacher, blasser Knoten, besonders auf der hinteren Rachenwand, der Uvula, den Tonsillen, dem Gaumensegel und dem Gaumengewölbe, oder kleiner blassrother, wohl aus zerfallenen Knoten entstandener Geschwüre.

In einem Falle wurde eine pilzförmige, bedeutende Hypertrophie beider Reihen der papillae vallatae der Zunge beobachtet. (Fall XXII.)

In der Mehrzahl der Fälle bestanden jedoch nur die Erscheinungen eines chronischen Rachenkatarrhs papillarer Form.

Die Betheiligung der Larynxschleimhaut sprach sich in vielen Fällen durch Heiserkeit der Stimme aus, verbunden mit Husten. Eine Untersuchung der Larynx mittelst des Laryngoskops gestattete nur in seltenen Fällen der sonst meist starre und verdickte, an den Rändern ausgezackte Kehldeckel. Ueber den Befund ist in den betreffenden Krankengeschichten berichtet.

Der Respirationsapparat war in bedeutendem Masse in 4 Fällen erkrankt, die alle lethal endeten. In dem einen zur Section gekommenen Falle (IV) bestand neben einer Pleuritis wohl entschieden eine lepröse Erkrankung der Lungen, deren Vorhandensein auch in den zwei anderen Fällen (XII u. XIV) sehr wahrscheinlich war. In den meisten Fällen bestanden nur die Zeichen eines chronischen Bronchialkatarrhs.

Die Schleimhaut der Augen gab sich in den meisten Fällen durch ihre auffallende Trockenheit und blasse Röthung der Conjunction als afficirt an. In 2 Fällen bestanden Knoten auf der Conjunctiva bulbi, in 1 Falle in Ulceration übergegangene Knoten auf der Cornea beider Augen mit Hinterlassung grosser, die Pupille verdeckender Leucome, in 1 Falle (IX) endlich kam es zur nekrotischen Erweichung und Zerstörung der Cornea mit Linsen- und Glaskörperverfall kurz vor dem lethalen Ausgange.

Drüenschwellungen wurden bei 19 Fällen beobachtet. Sie betrafen fast stets die Inguinal- oder Cruraldrüsen, die sich oft, besonders aber bei lange Zeit vorhandenen Beingeschwüren, wo sie ja übrigens auch sonst keine Seltenheit sind, zu grossen, harten, indolenten, höckerigen Packeten angeschwollen erwiesen. In einem Falle wurde eine Abscedirung einer Achseldrüse

(Fall VIII) beobachtet, ein Vorkommniss, das wohl in keiner näheren Beziehung zum leprösen Process stand. Fast in allen Fällen bestanden pralle ödematöse Schwellungen der Fussgelenke und Füsse.

Von Complicationen wurde in 8 Fällen ein universelles Eczem beobachtet, das in einigen Fällen wohl recidivirte, dessen rasche medicamentöse Beseitigung jedoch ganz ohne Einfluss auf den weiteren Verlauf des leprösen Processes blieb. Die interessanteste Complication bildete bei 5 Fällen ein Erysipel, das, mehrmals recidivirend, das Gesicht (Fall I, XII, XV u. XVII) und einmal die Extremitäten ergriff (Fall XXII). Wie oben erwähnt, fand am locus affectionis stets eine Rückbildung der vorhandenen Knoten und Infiltrate durch längere Zeit dauernde Schilferung statt. Nach der Abheilung eines Erysipels schienen übrigens auch die Knoten auf von ihm nicht ergriffenen Hautpartien sich zu verkleinern. — Eine rein zufällige Complication bildete Variolois in dem Falle III. Auf den Verlauf des leprösen Processes hatte sie keinen Einfluss geäussert.

Den Fall XVI vermag ich nicht als besondere Lepraform, sondern nur als eine zufällige Kombination mit Vitiligo aufzufassen, da die der Lepra eigentlich zukommenden Flecken und Blasen erst nach 30jährigem Bestande der Vitiligo-Flecken auftraten, und diese nur an solchen Stellen sich anästhetisch erwiesen, wo auch sonst Anästhesie bei Lepra häufig gefunden wird.

Eine auffällige Verdickung peripherer Nerven, speciell des Ulnarnerven, liess sich nur in seltenen Fällen constatiren.

In zwei lethal verlaufenden Fällen wurde gegen das Lebensende hin eine acut sich ausbildende Schwellung des Halszellgewebes einer Seite beobachtet, die jedoch nicht zum eitrigen Zerfalle kam (Fall XII und XVIII).

In der Mehrzahl der vorgeschritteneren Fälle wurde eine Hypertrophie der Zehennägel beobachtet. Eine Atrophie des Genitalapparates mit Verlust des Geschlechtstriebes wurde nur in einzelnen Fällen notirt; in den meisten Fällen war die Beobachtung nicht darauf gerichtet gewesen. Mutilationen kamen in 6 Fällen zur Beobachtung. Sie betrafen in 2 Fällen die Finger und in 4 Fällen die Zehen. Veranlassung zu ihnen hatten zufällige, durch cutane Anästhesie der betreffenden Glieder

begünstigte Läsionen, speciell Verbrennungen gegeben, oder zu Gangrän führende Frostgeschwüre und endlich wirklich lepröse Geschwüre, die in die Tiefe dringend zur Nekrose des Band- und Kochenapparates führten und die Abstossung der betreffenden Glieder zur Folge hatten, worauf meist rasche Uebernabung des zurückgebliebenen Stumpfes eintrat.

Mit dem Tode endeten 9 der beobachteten Fälle und zwar nach einer Krankheitsdauer von circa

3 Jahren in 2 Fällen
4 " " 1 Falle
6 " " 1 "
7 " " 1 "
8 " " 1 "
11 " " 1 "
12 " " 1 "
24 " " 1 "

Das lethale Ende wurde in den meisten Fällen (5) durch einen allgemeinen Marasmus, zu welchem schliesslich vollständiger Appetitverlust und endlich meist noch eine colliquative Diarrhöe hinzutrat, herbeigeführt. In einem Falle wurde bei der Section (siehe Fall IV) ein Pleuritis mit lepröser Erkrankung des Lungenparenchyms als Todesursache gefunden, bei zwei anderen Fällen aber nach den dem Tode kurze Zeit vorausgehenden Erscheinungen und Untersuchungsbefunden eine gleiche Todesursache angenommen, da eben keine Section stattfinden konnte (Fall XII, X, XIV). Fall VII unterlag einer Pleuritis und Pericarditis bei leprösem Marasmus.

Bei allen lethal verlaufenden Fällen konnte auch an unserem Materiale die anderweitig oft gemachte Erfahrung bestätigt werden, dass sich der Rückgang der Ernährung, der Kräfteverfall, der Eintritt des allgemeinen Marasmus stets an die rasche Verheilung grösserer Geschwüre oder an ein häufigeres Auftreten von Blasenaufrüchen bei gleichzeitig eintretender Rückbildung der Knoten anschloss. Kam es auch in einzelnen Fällen zum raschen Verheilen grösserer Geschwüre ohne schlimme Folgen, so war doch der Bestand der Heilung in diesen Fällen stets nur von kurzer Dauer, doch das Allgemeinbefinden auch bei ihnen übler, als vorher gewesen.

Obductionen konnten, wie eingangs bemerkt, nur in 2 Fällen, und zwar auch nur unvollständig vorgenommen werden. Der Befund bei denselben ist bei den betreffenden Krankengeschichten notirt. Er ergibt für die pathologische Anatomie nichts Neues.

Ueber versuchte therapeutische Massnahmen ist kurz in den Krankengeschichten berichtet worden. Sie hatten keinen Erfolg zu verzeichnen. Einen Versuch mit der von Unna*) angeblich mit günstigem Erfolge angewandten Ichthyol-Behandlung konnte ich aus pecuniären Rücksichten nicht machen. Eine Bestätigung eines solchen Heilungserfolges von anderer Seite ist mir nicht bekannt geworden, ebenso wie es bisher ungewiss geblieben, ob die Heilung des Unna'schen Falles eine definitive geblieben. Nach Erfahrungen in Riga hatte die Unna'sche Behandlungsweise keinen Erfolg.

Versuchte ich es schliesslich an der Hand meines Krankenmaterials eine Antwort auf die beiden bei der Lepra, wie bei anderen bacillaren Krankheiten besonders interessirenden Fragen zu geben, d. h. die Frage nach der Entstehungs- und Verbreitungsursache derselben, so müsste ich gestehen, dass aus ihnen auf diese Frage keine bestimmte Antwort sich herleiten lässt, wenngleich auch mein Krankenmaterial entschieden gegen die Vererblichkeit spricht (siehe oben) und auch keine Stütze darbietet zur Annahme einer Uebertragung von Person zu Person, weder durch Verkehr mit ihnen noch Pflege und engstes Zusammenleben, weder durch Contact der unverletzten, ja nicht einmal der verletzten Hand — ich erinnere an die Hände der Wäscherinnen, die trotz ihrer meist schrundigen Hände doch bisher noch keinen Ansteckungsfall durch das Waschen der vom Secrete lepröser Geschwüre verunreinigten Wäsche geliefert — so zwingt uns doch die Entdeckung eines specifischen Krankheitskeimes, des Leprabacilles in fast allen Organen der an Lepra Verstorbenen, diese Krankheit zu den Infectiouskrankheiten ebenso zu rechnen, wie alle übrigen bacillaren Krankheiten von der Tuberculose bis zur Cholera, obgleich bis hiezu der Hergang bei der Infection, die Invasionspforten des specifischen Krankheitserregers, sein

*) Ergänzungsheft zur Monatsschrift für praktische Dermatologie 1885.

Verhalten im Organismus, seine nächsten Angriffsobjecte in demselben, ferner die Wege, auf welchen er den zur Erkrankung gebrachten Organismus verlässt, um vervielfältigt als neuer Krankheitskeim für andere Organismen zu dienen, endlich ob dieser Keim, dieser Bacill Sporen bildet, eine Dauerform hat etc. etc. obgleich diese bisher alles von der Forschung noch unerledigte Fragen sind.

Vorläufig beschäftigt sich die Forschung mit möglichst genauer Charakterisirung des specifisch der Lepra zuerkannten Bacilles, mit seinen biologischen Verhältnissen, seinem Nachweise in allen leprösen Neubildungen und sonst allen Organen an Lepra Gestorbener, endlich mit Impfversuchen mit Reinculturen oder Einführung bacillenhaltiger Gewebstheile in den Organismus verschiedener Thierspecies, die bisher freilich sich als immun gegen solche Infectionsversuche erwiesen haben, ausgenommen jene Impfungsversuche von Melcher und Ortmann*), welche übrigens von anderer competenter Seite noch keine Bestätigung gefunden haben.

Dass die äusseren Erscheinungen der Lepra vom trophischen Centralnervensystem beherrscht werden, dafür spricht wohl ihr symmetrisches Auftreten, namentlich der Blasen, auf beiden Körperhälften.

Welche Form die Initialsymptome haben, welche sie auch im weiteren Verlaufe beibehalten mögen oder in welcher Weise sie sich combiniren, in welcher Reihenfolge sie auftreten, scheint von zufälligen individuellen Dispositionsbedingungen oder vielleicht dem zufällig ersten Angriffsobjecte des Infectionskeimes abhängig zu sein, und es hat die bisher übliche Formeneinteilung gewiss keine Berechtigung, da eben alle Formen, die man gewissermassen als Arten der Lepra ansieht, eine gemeinsame und gleiche Ursache haben und alle insgesamt in wechselnder Reihenfolge mit und nach einander bei einem und demselben Individuum zur Beobachtung kommen können. Das mitgetheilte Beobachtungsmaterial liefert jedoch noch den Beleg für den von classischen norwegischen Beobachtern ausgesprochenen Satz, dass die Lepra überall, wo sie überhaupt auftritt, unter wesentlich gleichen

*) Berl. klin. Wochenschrift 1885 Nr. 13, 1886 Nr. 9.



Erscheinungen sich manifestirt und verläuft. Manche Abweichungen von den Schilderungen, wie sie Danielsen und Boeck lieferten, und die noch von E. Bergmann als Eigenthümlichkeiten der in den Ostseeprovinzen vorkommenden Lepra urgirt wurden, finden wohl ihre Erklärung theils in der geringen Zahl der hier beobachteten Fälle und namentlich in der zu kurz bemessenen Beobachtungsdauer.

Tabelle I.

Namen der Patienten	Nationa- lität	Heimathsort		Er- krankungs- ort	Verheirathet oder ledig
		Gemeinde	Kreis		
1. Peter Anstrat.	Lette.	Dannenthal	Doblen	Dannenthal	ledig
2. Mendel Moses.	Ebräer.	Goldingen	Goldingen	Mitau	"
3. Peter Sihle.	Lette.	N. Bergfried	Doblen	N. Bergfried	"
4. Iwan Krasilnikow.	Russe.	Mitau	{Mitau- Doblen	Mitau	Wwr.
5. Laser Hirsch.	Ebräer.	Litthauen	Litthauen	? Curland	verh.
6. Jahne Legsding.	Lette.	Nurmhusen	Tuckum	bei Mitau	ledig
7. Moses Tetz.	Ebräer.	Friedrichst.	Friedrichst.	Mitau	verh.
8. Jahne Oberst.	Lette.	N. Bergfried	Doblen	N. Bergfried	ledig
9. Lina Berkowitz.	Ebräerin.	Mittau	{Mitau- Doblen	Mitau	Wwe.
10. Jankel Urdang.	Ebräer.	Litthauen	Litthauen	? Curland	ledig
11. Jahne Rosenstein.	Lette.	Spahren	Tuckum	Spahren	verh.
12. Jankel Jacobsohn.	Ebräer.	Tuckum	"	? Tuckum	ledig
13. Anne Zihska.	Lettin.	Wolgund	Doblen	Wolgund	"
14. Jahne Ohsoling.	Lette.	Kulpenhof	"	Kulpenhof	verh.
15. Moses Strom.	Ebräer.	Tuckum	Tuckum	Mitau	"
16. Greete Perkohn.	Lettin.	Brandenburg	Doblen	Riga	"
17. Lewin Jacobsohn.	Ebräer.	Tuckum	Tuckum	"	"
18. Ruben Bremser.	"	"	"	Mitau	"
19. Jahne Busch.	Lette.	Gr. Sessau	Doblen	Gr. Sessau	"
20. Ernst Anning.	"	Zerrautx	Bauske	Zerrautx	ledig
21. Fritz Labrenz.	"	Gr. Berken	Doblen	Gr. Berken	verh.
22. Krischj. Smiltneck.	"	Mesothien	Bauske	? Bulgarien	"
23. Anna Kessner.	Lettin.	{Livland, Kemmern	{Livland Kemmern	Kemmern	ledig
24. Andres Koch.	Ehste.	Livland,	Pernau	Mitau	"
25. Jacob Anzulen.	Lette.	Mesothien	Bauske	? Serbien	"
26. Jahne Ullmann.	"	Dannenthal	Doblen	Dannenthal	verh.
27. Made Bildert.	Lettin.	Kr. Garrosen	"	Kr. Garrosen	ledig
28. Johanna Sobolewska.	Litthaur.	Litthauen	Litthauen	Mitau	verh.
29. Trihne Wieckmann.	Lettin.	Brandenburg	Doblen	Brandenburg	ledig
30. Pauline Greier.	"	Grünhof	"	Grünhof	"

Alter bei der Erkrankung	Gesundheitszustand der Eltern	Gesundheitszustand der Geschwister	Zahl d. Kinder der Patienten	Beruf	Beobachtungsdauer im Hospital	Krankheitsdauer bis zum lethalen Ausgange circa	Todesursache
20. J.	ges.	{Schwester krank	—	Ackerbauer	20/XI. 68 bis 6/X. 73	6 Jahre	Marasmus
68. "	{Vater krank	{1 Bruder 1 Schw.kr.	—	Handwerker	10/II. 70 bis 19/I. 74		
12. "	ges.	gesund	—	Ackerbauer	5/V. 70 bis 19/IV. 76		
31. "	{Vater krank	"	1	Kornmakler	4/II. 70 bis 4/III. 79	24 "	{Pleuritis und Pneumonia leprosa
59. "	ges.	"	4	Landhausirer	2/XII. 70 bis 28/XII. 70	3 "	{Marasmus Pleuritis und Pericarditis
19. "	{Vater krank	"	—	Handwerker	12/VI. 73 bis 5/X. 73		
67. "	ges.	"	4	"	15/V. 74 bis 2/VII. 74		
26. "	"	"	—	Ackerbauer	6/V. 74 bis 12/III. 75	11 "	Marasmus
67. "	"	"	4	{ Ohne bestimmten Beruf	10/V. 71 bis 9/III. 81		
48. "	"	"	—	Handwerker	22/XI. 77 bis 25/IX. 81		
56. "	"	"	3	Ackerbauer	7/II. 81 bis 3/V. 81	8 "	{Marasmus und Pneumonia leprosa (?)
28 ¹ / ₂ "	{Vater krank	"	—	Handwerker	15/VIII. 77 bis 15/XII. 86		
15. "	{Vater krank	"	—	Ackerbauer	29/IV. 83 bis 9/I. 84		
47. "	ges.	"	—	"	31/V. 83 bis 27/VI. 84	4 "	{Pneumonia leprosa (?)
49. "	"	"	—	Handwerker	25/I. 84 bis 12/I. 86	3 "	Marasmus
46. "	"	"	4	{ Ohne bestimmten Beruf	5/IV. 84 bis 5/VI. 84		
68. "	"	"	3	"	30/V. 84 bis 21/III. 86		
53. "	"	"	9	Landhausirer	21/IX. 84 bis 2/VII. 85	7 "	Marasmus
50. "	"	"	3	Handwerker	5/XI. 84 bis 4/VII. 86	12 "	Marasmus
22. "	"	{1 Bruder krank	—	{Ackerbauer früher Militär	9/X. 81 bis 20/V. 85		
50. "	"	ges.	5	Ackerbauer	20/IV. 85 bis 29/V. 85		
28. "	{Vater krank	"	—	{Ackerbauer früher Militär	9/VII. 85 bis 7/X. 85	9/IV. 75.	Ambulanz.
14. "	ges.	"	—	Dienstmagd	9/IV. 75.		
25. "	"	"	—	Militär	10/I. 78		
22 ¹ / ₂ "	"	"	—	{Ackerbauer früher Militär	17/XI. 79 bis 17/X. 79	1/V. 80 bis 12/V. 81	
22. "	{Vater ?	"	—	Ackerbauer	1/V. 80 bis 12/V. 81		
26. "	ges.	"	—	"	29/X. 82		
38. "	"	"	1	Aufwärterin	31/VIII. 84 bis 27/IX. 85	26/XI. 86 bis 29/I. 87	
25 ¹ / ₂ "	"	"	—	Ackerbauer	26/XI. 86 bis 29/I. 87		
18 ¹ / ₂ "	"	"	—	"	2/II. 87 noch im Hospital		

Atonische Geschwüre auf den			Anästhesie bei bestehenden			Betheiligung der Schleimhäute				Complication			Mutilationen		Ausgang
oberen Extremitäten	unteren Extremitäten	Rumpf	Flecken und Knoten	Knoten und Blasen	Blasen allein	der Nase	des Rachens	des Respirationsapparates	der Augen	Eczem	Erysipel	Drüsen-schwellung	an der oberen Extremität	an der unteren Extremität	Lethaler
—	1	—	—	1	—	1	1	1	1	—	1	1	—	—	—
2	2	2	—	2	—	2	2	2	2	—	—	2	—	2	2
3	3	3	—	3	—	3	3	3	3	3	—	3	—	3	—
4	4	—	—	4	—	4	4	4	4	—	—	4	4	4	4
—	—	—	5	—	—	5	5	—	5	5	—	—	—	—	—
6	—	—	—	6	—	6	6	6	6	6	—	6	—	—	—
—	7	—	—	7	—	7	7	7	—	—	—	7	—	—	7
8	8	—	—	8	—	8	8	—	—	—	—	8	—	—	—
9	9	9	9	—	—	9	9	—	9	—	—	9	—	—	9
10	10	—	—	10	—	10	10	—	—	—	—	10	—	—	—
11	11	11	—	—	11	—	—	—	11	—	—	—	11	—	11
—	12	—	—	12	—	12	12	12	—	—	12	12	—	—	—
—	13	—	—	—	13	—	—	—	13	—	—	13	—	13	—
—	14	—	—	14	—	14	14	14	14	—	—	14	—	—	14
—	15	—	15	—	—	15	15	—	—	15	15	—	—	—	—
—	—	16	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	17	—	—	—	17	—	17	—	—	17	—	—	17
—	18	—	—	18	—	18	18	18	18	—	18	18	—	—	18
—	19	—	—	19	—	19	19	—	19	—	—	19	—	—	19
—	20	20	—	20	—	20	—	—	—	20	—	20	—	—	—
—	—	—	—	—	21	—	—	—	21	—	—	21	—	—	—
—	22	—	—	22	—	22	22	22	22	22	22	22	—	—	—
—	23	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	24	24	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	25	—	—	25	25	25	25	25	—	—	—	—	—
—	26	—	—	26	—	26	26	—	26	26	—	—	—	—	—
—	—	—	27	—	—	27	27	27	—	—	—	27	—	—	—
—	—	—	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	30	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	19	6	8	15	4	23	21	12	17	7	5	19	2	4	9
			27										6		

Im selben Verlage ist erschienen:

Die
wissenschaftlichen Grundlagen
der modernen Hydrotherapie.

Von

Dr. S. Kröger.

