

Klinische Beiträge

zur

Kenntniss der Lepra

in den

Ostseeprovinzen Russlands.



Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen
Universität zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

Johannes Wellberg,

aus St. Petersburg.

(Mit 3 Lichtdrucktafeln.)

Ordentliche Opponenten:

Prof. Dr. B. Koerber. — Prof. Dr. L. Stieda. — Prof. Dr. E. v. Wahl.

Dorpat.

Druck von H. Laakmann's Buch- und Steindruckerei.

1884.

ESTICA

B 415

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät.

Dorpat, den 27. October 1884.

Nr. 481

Decan: Stieda.



1056

Der Frau

Anna Alexandrowna Prochoroff

in Moskau

als Zeichen der

Dankbarkeit und Verehrung

gewidmet.

Bei Veröffentlichung dieser meiner Erstlingsarbeit ergreife ich mit Freuden die Gelegenheit, allen meinen Lehrern an der hiesigen Hochschule für die erhaltene wissenschaftliche Ausbildung und Anregung hiedurch herzlich zu danken. Insbesondere bitte ich Herrn Prof. Dr. E. v. Wahl, dessen Assistent zu sein ich die Ehre hatte, meinen tiefgefühlten Dank für das mir stets erwiesene freundliche Wohlwollen und für die mir so vielfach gebotene Anregung und Belehrung entgegennehmen zu wollen.

Überall, wo von der Lepra unserer Tage die Rede ist, da werden auch die Ostsee-Provinzen Russlands als Gegenden endemischen oder doch sehr häufigen Vorkommens dieser Krankheit angeführt; welche Stellung aber thatsächlich diesen Provinzen hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens des Aussatzes und seiner Vertheilung in den einzelnen Theilen des Landes zukommt, weiss man nicht, denn eine diesbezügliche Statistik steht noch aus, und aus den vorhandenen Angaben in den verschiedenen in- und ausländischen Schriften über diesen Gegenstand kann man sich keine richtige Vorstellung machen. Während z. B. Danielssen und Boeck ¹⁾ nach den Angaben des weil. Dorpater Professors Struve und seines Schülers Bolschwing die Spedalskhed als recht allgemein in Estland und Livland vorkommend bezeichnen, und Hirsch in der I. Auflage seines Handbuches der historisch-geographischen Pathologie (Bd. I, p. 316) sich veranlasst sieht, Livland zu einer „Region mit endemischem Aussatze“ zu stempeln, kam der weiland Dorpater Professor Wachsmuth ²⁾ nach kritischem Studium aller bis dahin erschienenen Arbeiten über Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands zur Ansicht, dass „wenigstens in Livland heutzutage (das war im Jahre 1867) der Aussatz überhaupt nicht mehr, geschweige denn in endemischer Verbreitung vorkomme.“ Die neun Fälle sicher constatirter Lepra tuberosa, die er später hier in Dorpat beobachtet und beschrieben hat (und die nach seinem Tode von Professor Alfred Vogel in Dorpat veröffentlicht wurden ³⁾), beweisen ihm nichts mehr, als dass „hier (d. h. in Livland) — wie am Ende überall — vereinzelt wirklich Aussätzige vorkommen.“ — Bergmann sagt an einer Stelle seiner Arbeit ⁴⁾ über die Lepra in Livland, dass vieles von dem, was Hirsch und andere veranlasst hat, den Aussatz in Livland als endemisch zu bezeichnen, aus dem Gebiete des Leprösen gestrichen werden müsse, und an einer anderen Stelle gelangt Bergmann zum Schlusse, dass Livland zur Lepra doch anders stehe (d. h. Lepra viel häufiger aufweise) als Mittel- und Westeuropa, und

1) Danielssen et Boeck: *Traité de la Spedalskhed*. Paris 1848 p. 186.

2) Wachsmuth: *Deutsch. Arch. für klin. Med.* Bd. III, p. 3.

3) Wachsmuth: *l. c.* p. 4 u. ff.

4) Bergmann: *St. Petersburg. Med. Zeitschrift*, XVII. Band, p. 191 u. ff. (1869)

dass Wachsmuth nicht berechtigt sei, ein bloss vereinzeltes Vorkommen derselben in Livland zu constatiren. In Hirsch's II. Auflage des Handbuches der histor.-geographischen Pathologie (vom Jahre 1883) lesen wir auf pag. 17, dass in letzter Zeit der Aussatz in den russischen Ostseeprovinzen wesentlich seltener geworden ist. — Diese von einander so stark abweichenden Notizen und der Umstand, dass auch die hier im Lande wirkenden Aerzte so wenig sicher über die Häufigkeit und Verbreitung des Aussatzes unterrichtet sind, veranlassten mich, eine klinisch-historisch-topographische Studie über die Lepra in den drei baltischen Provinzen zu versuchen. Leider sah ich mich aus von mir unabhängigen Gründen bald genöthigt, von dieser höchst interessanten, zugleich aber auch sehr zeitraubenden und mit Reisen in's Land verbundenen Arbeit abzustehen und begnüge mich nun mit der Mittheilung und Besprechung mehrerer auf der hiesigen chirurgischen Klinik beobachteter wirklicher Leprafälle, an welche ich als Anhang eine topographische Vertheilung der Lepra, wie sie sich aus dem seit 1861 hier in Dorpat verzeichneten Materiale ergibt, anschliessen will. — Ich bin mir sehr wohl bewusst, wie wenig näher ich hierdurch dem anfangs gesteckten Ziele rücke, doch glaube ich, dass zur Kenntniss dieser im Ganzen nur noch selten vorkommenden und dabei noch wenig erforschten, interessanten Volks-Krankheit auch der geringste Beitrag willkommen geheissen werden dürfte. Den Hauptzweck dieser meiner Arbeit sehe ich aber darin, inländische Aerzte zu weiteren und erschöpfenderen Mittheilungen anzuregen, namentlich in Bezug auf die topographische Vertheilung und die sich daraus ergebenden ätiologischen Anhaltspunkte, deren wir zur Zeit noch so gut wie ganz entbehren.

Das Vorkommen wahrer Lepra in unseren Ostseeprovinzen ist, wie Bergmann das schon bemerkt hat, erst von Wachsmuth unzweifelhaft dargethan worden, alle früheren diesbezüglichen Abhandlungen und Dissertationen können heutzutage nur noch auf historisches Interesse Anspruch erheben, denn mit wahrer Lepra haben sie nichts oder doch nur sehr wenig zu thun. Dahin gehören zunächst die drei Dorpater Dissertationen von Meyer ¹⁾, Albrecht ²⁾ und Brandt ³⁾ aus den Jahren 1824–25, die nach dem Urtheile von Wachsmuth, Adelman und Bergmann nur über invertirte Syphilis handeln. Aus dem Jahre 1828 stammt die Dissertation von Brehm ⁴⁾, welche nach Wachsmuth ⁵⁾ von vier Fällen wirklichen knotigen Aussatzes berichtet, nach Bergmann ⁶⁾ aber, dem in dieser Beziehung entschieden ein kompetenteres Ur-

1) Meyer: Quaedam de morbo leproso inter rusticos esthonos endemico. Revaliae Esthonorum 1824.

2) Albrecht: De diagnosi esthonicae leprae cutanae. Dorpati Liv. 1825.

3) Brandt: De leprae in membrana faucium, narium, nec non oris mucosa obviae diagnosi Rigae 1825.

4) Brehm: Nonnulla de elephantiasi nodosa universali in Livonorum et Esthonorum obvia. Dorpati Liv. 1828.

5) Wachsmuth: l. c. pg. 2.

6) Bergmann: l. c. pg. 198.

theil zuzusprechen ist, nur von einem einzigen. Ich selbst kann nichts darüber aussagen, da mir diese Dissertation nicht zugänglich gewesen ist. Die aus den Jahren 1836 und 1839 stammenden Arbeiten von Blossfeld¹⁾ und Bolschwing²⁾ handeln auch über alles andere denn über Lepra, meist ist es immer tertiäre Syphilis, die für Lepra gehalten wird. — Eine erschöpfende kritische Besprechung aller früher mit Lepra zusammengeworfener Krankheiten findet sich in Bergmann's citirter Arbeit (pag. 192 bis 198). Wachsmuth, Bergmann und später auch Dehio³⁾ halten von Blossfeld's zehn Fällen nur einen (Fall 7) für wahre Lepra, — dem kann ich nach meinen Erfahrungen auch nur beistimmen. Die letzte Arbeit vor Wachsmuth's posthumer Veröffentlichung ist die Diss. von Carl Rogenhagen⁴⁾, welche 16 Krankengeschichten von Elephantiasis Graecorum tuberculosa et anaesthetos bringt. Obgleich der Verfasser am Ende seiner Abhandlung bemerkt, dass er mit Absicht es übergangen habe, in diagnostischer Beziehung einiges anzuführen, da die Fälle so einfach und klar seien, dass sie selbst für sich sprächen, kann man diese 16 Fälle doch allesammt auf die Richtigkeit der Diagnose anzweifeln. Wachsmuth hält keinen einzigen von ihnen für Lepra, Bergmann die Fälle 1, 13 und 14; meiner Meinung nach kann man Fall 1 sehr wohl für Lepra halten, Fall 13 weniger, die übrigen garnicht. Wachsmuth⁵⁾ theilt neun Fälle wirklichen knotigen Aussatzes mit, von denen er vier abbildet und einige histologische Bemerkungen über die Hautknoten eines Falles beibringt. Hat Wachsmuth durch diese Mittheilung das Vorkommen echter Lepra in den Ostseeprovinzen öffentlich dargethan, so hat Bergmann⁶⁾ in seiner Arbeit vom Jahre 1869 die Lepra in Livland einer so ausführlichen und gründlichen klinischen Untersuchung unterzogen, dass man in dieser Beziehung wohl kaum etwas Neues hinzuzufügen haben wird. Bergmann theilt 14 Krankengeschichten mit und nicht nur der Lepra tuberosa, wie Wachsmuth, sondern auch der Lepra anaesthetica; zugleich begegnen wir hier dem Berichte über die erste in Dorpat angestellte Section eines Leprösen, nebst einigen sich daran schliessenden histologischen Bemerkungen. Die zuletzt erschienene Arbeit über einheimische Lepra ist die Dissertation von Karl Dehio⁷⁾ aus dem Jahre 1877. Diese behandelt die pathologische Anatomie, resp. Mikroskopie der Lepra und enthält zugleich ein kurzes klinisches Referat über vier Fälle von tuberöser Lepra, die dem Verfasser das Material für seine Untersuchungen geliefert haben.

1) Blossfeld: Ueber die Lepra in den Ostseeprovinzen Russlands. Hufeland's Journal der pract. Heilkunde 1836. Bd. 83.

2) Bolschwing: Ueber Syphilis und Aussatz. Dorpat, 1839.

3) Dehio, Karl: Beiträge zur patholog. Anat. d. Lepra. Inaug.-Diss. Dorpat 1877, p. 2, Anmerk.

4) Rogenhagen: Die Elephantiasis Graecorum in den Ostseeprovinzen Russlands. Inaugural-Diss. Dorpat, 1860.

5) Wachsmuth: Der Aussatz in Livland. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. III, p. 1.

6) Bergmann: Die Lepra in Livland. St. Petersburg. Med. Wochenschr. Bd. XVII, p. 191.

7) Karl Dehio: Beiträge zur patholog. Anat. d. Lepra. Inaug.-Diss. Dorpat, 1877.

Ich habe in vorliegender Arbeit die pathologische Anatomie, resp. Mikroskopie der Lepra ganz ausser Acht gelassen, aus dem einfachen Grunde, weil sich mir hierfür gar keine Gelegenheit bot, denn seit dem ersten Dehio'schen Falle (September 1875) ist meines Wissens kein Leprafall mehr in Dorpat zur Section gekommen.

Bevor ich nun zur Mittheilung und Besprechung meiner Krankengeschichten übergehe, sehe ich mich zu folgenden Erklärungen veranlasst:

Bergmann hat die in den Jahren 1864—69 hier auf der chirurgischen Klinik zur Vorstellung gelangten Leprafälle beschrieben. Obgleich nun seitdem sich alljährlich einige Lepröse auf der Klinik eingefunden haben und in den Krankenjournalen verzeichnet sind, habe ich doch nur die 24¹⁾ Fälle von 1878—84 (September) zur Veröffentlichung benutzt, weil ich erstens nur aus dieser Zeit brauchbare Notizen vorfinde und zweitens einen grossen Theil dieser Kranken auch aus eigener Anschauung kenne. Es erscheint mir auch die Zahl 24 genügend, um das verhältnissmässig häufige Vorkommen der Lepra in unseren Provinzen weiter zu erhärten und die verschiedenen Formen, unter welchen sie vorkommt, festzustellen. Ausserdem weist unsere klinische Bildersammlung die Photogramme fast aller Leprapatienten dieser Zeitperiode auf, wodurch mir angenehmerweise die Möglichkeit geboten ist, drei der seltensten und interessantesten Fälle als Phototypen meiner Arbeit beizufügen. Cf. Taf. I u II.

Zur Skizzirung der geographischen Vertheilung der Lepra in den Provinzen (cf. Anhang) habe ich dagegen alle seit 1870 in den Krankenjournalen der Dorpater Kliniken notirten Fälle benutzt.

Meine Krankengeschichten will ich nicht in extenso eine nach der anderen mittheilen, wie es alle meine Vorgänger gethan haben, sondern in Tabellenform, nach der speciellen Diagnose geordnet. Dieser Modus scheint mir der entschieden zweckmässiger, weil viel übersichtlichere zu sein. Die Lectüre mehrerer fortlaufender, wenn auch vorzüglich abgefasster Krankengeschichten (wie es z. B. die Bergmann'schen sind) wirkt bald ermüdend und lässt die Uebersicht nur gar zu leicht verloren gehen; es ist eben das Gleichartige der verschiedenen Fälle nicht zu einer Gruppe zusammengefasst, und will man es mal des Vergleiches wegen zusammen haben, so muss man immer erst lange hin- und herlesen und suchen. Bei der Tabellenform dagegen orientirt sich das Auge sofort, und es schwebt dem Leser das Gruppenbild stets vor.

Zur Prüfung auf Sensibilitätsstörungen ist fast nur die Stecknadel gebraucht worden; wo andere Hilfsmittel, wie Elektroden, Zirkelspitzen, heisse und kalte Gegenstände zur Anwendung gelangt sind, ist es gehörigen Orts immer besonders vermerkt worden.

Die mitzutheilenden Krankengeschichten sind nun folgende:

1) Anmerkung: Es haben sich in dieser Zeit 25 Leprakranke auf der Klinik vorgestellt, ich finde aber nur von 24 die Krankenbögen im Archiv wieder.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltort.	Lebensweise und Beschäftigung.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.		
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. in welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?
I.	1878 237	Anna Alp.	35	Livland.	Dorpat.	Alt-Kurrista.	Bauersfrau.	Verheirathet.	Mehrere Kinder, welche bis auf's jüngste alle gesund sind; dieses cf. Fall II.	Haben nie an ähnlichen Hautauschlägen gelitten.	Gut.	Vor 10 Jahren (1868).	Mit kleinen Knoten an d. Vorderarmen u. Unterschenkeln, später auch im Gesicht.	Ein unerträgliches Jucken an den befallenen kranken Stellen.
II.	1878 237	Anno Alp.	2	Livland.	Dorpat.	Alt-Kurrista.	Kind.		Mutter von ders. Krankh. befallen, (cf. vor. Fall), d. Geschwister alle älter u. gesund.	Mutter von ders. Krankh. befallen, (cf. vor. Fall), d. Geschwister alle älter u. gesund.	Gut.	Herbst 1877.	Mit braun. Flecken auf der Stirn.	
III.	1879 84	Semen Michailow.	25	Petersburg.	Gdow, am östlichen Peipusufer.	Dorf Subowchina.	Ackerbauer und Fischer.	Verheirathet.	2 Kinder, gesund.	Eltern in hohem Alter an Altersschw. gestorben, d. Geschwister gesund.	Pat. hat sich vor 2 Jahren b. d. Fischelei erkältet, seither beständiges Kältegefühl.	Vor anderthalb Jahren (1877).	Mit röthl. Flecken, dann Knötchen an beid. Vorderarmen u. am rechten Handgelenk, darauf ähnliche Flecke an beiden Händen u. an der Stirn. Dann folgten die unteren Extremitäten, der Rachen (Schmerzen mit Heiserkeit), im vorigen Sommer d. äusser. Geschlechtstheile. Vor ganz kurzer Zeit ohne vorhergehendes Jucken Knötchen an den Brustwarzen.	Fieber u. Zitt. in d. Gliedern, Juck. am gnz Körper, besond. an d. ob. Extremit. Vor jed. neuen Flecken- u. Knotenausbruch Fiebergefühl und Jucken an d. Stelle.
IV.	1879 237	Elias Hirschfeld.	46	Kurland.	Talsen.	Talsen.		Verheirathet.	6 Kinder, alle gesund.	Eltern leben und sind gesund.	Gut.	Vor 8 Jahren. (1871)	Mit circumscripiten rothen Flecken im Gesicht; aus diesen Flecken wurden harte Knoten, welche später auch an Händen und Füßen auftraten.	Jucken.

Fälle reiner Lepra tuberosa.

Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptome.					Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.	
	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.				Mutilationen.			Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.
	Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
Gut.	Gesichts- und Stirnhaut durchweg verdickt, mit Knöten u. Wülsten symmetrisch besetzt. Färbung rothbraun.	Hauptsächlich die Streckseiten mit Flecken, Knötchen und Knoten symmetrisch besetzt. An beiden Fussgelenken über und unter den Malleolen Geschwüre mit unregelmässigen, etwas wulstigen Rändern u. schlechtem Grunde.	Frei.			Tastempfindung u. Reflexerregbarkeit überall gut erhalten. Schmerzempfindung an den Knöten u. Wülsten herabgesetzt, nicht ganz aufgehoben.	14/VIII—28/VIII. Die Therapie erstreckt sich nur auf die Geschwüre, welche wenig gebessert werden; sonst bleibt der Zustand derselbe.	
Gut.	Auf der Stirn über dem rechten Auge 2 erbsengrosse, braune Knoten, elastisch hart u. mit der Haut verschieblich.	Knoten an beiden Armen und Beinen, von derselben Beschaffenheit wie auf der Stirn, symmetrisch.	Frei bis auf die Nates, wo auch ein Paar Knoten.			Die Knoten scheinen weniger empfindlich zu sein.	14/VIII—28/VIII	
Gut. Allgemeine Hautfarbe unregelm. braunröthlich.	Von Augenbraunen und Wimpern nur spärliche Ueberreste. Auf Stirn, Glabella und Margó supraorb. derbe Knoten, das übrige Gesicht geröthet, mit geringen Hauterhebungen behaftet.	An beiden Schultern und Oberarmen braune Flecke, an beiden Ellbogen u. Streckseiten der Vorderarme besonders starke braune Knoten bis auf d. Handrücken herab. Handflächen und Finger frei. Bauch, Nates und Oberschenkel sehr symmetrisch mit zahlreichen Knoten und Knötchen besetzt. An den Unterschenkeln wenig Knoten. Fussnägel bröcklich und verkrümmt, Zehen unförmlich.	Hals, Nacken, Rücken frei, an der rechten Mamma einige warzenartige Excrescenzen, an d. linken mehr macula- u. papulaähnliche Erhebungen. Am Bauche einige wenige, am Penis und Scrot. zahlreiche Knötchen; After frei.	Uvula, Gaumen u. Gaumenbögen mit Verdickungen besetzt. Schlucken schmerzhaft, Stimme heiser.		Sensibilität und Reflexerregbarkeit überall erhalten, nur an den grösseren Hautknöten ist die Sensibilität herabgesetzt.	30/I—28/II Pat. erhält innerlich Carbopillen von 0,12 ansteigend bis 1,0 pro die, da treten Leibscherzen und Durchfälle ein; die Pillen werden fortgelassen, dagegen täglich warme Bäder, Carbolsalbe auf Stirn und Vorderarme. Rp. Acid. carbol, 15,0 Ol. olivar 120,0. M. f. unguentum. Innerlich: Bals. Gurjun. Keine Besserung zu constatiren, sonst allgemeines Wohlbefinden.	Die starken Knoten an den Ellbogen sollen, nach Angabe des Pat., aus Blasen entstanden sein. Diese Blasen schossen an vorher ganz freien Körpertheilen auf, barsten, entleerten einen hellen, flüssigen Inhalt, eiterten dann längere Zeit fort und verheilten schliesslich mit Hinterlassung bezeichneter Hautverdickungen. An beiden Vorderarmen, an d. Hinterfläche beider Oberschenkel und an den Knien ähnliche Hautknöten, die aber nicht nach Blasen entstanden sein sollen. Am rechten Fuss eine helle Blasenarbe, welche nicht zu Knoten geführt hat. Mit geringer Ausnahme vollständige Symmetrie in der Vertheilung der Hautverdickungen und Knoten. Inguinaldrüsen stark geschwollen.
Kräftig gebaut.	D. Gesichtshaut geröthet, fast in allen Theilen mit rundlichen Wülsten und Knoten durchsetzt. Die Augenbraunen fehlen ganz, an ihrer Stelle 2 hellere, narbige Hautpartien. Auf der knolligen Nasenspitze 2 mit dickem Schorf bedeckte Excoriationen. D. Nasenrücken u. d. Glabella v. harten Wülsten durchzogen, die Oberlippe wulstig aufgetrieben. D. Ohr läppchen zu eiförmigen dunklen Knollen aufgetrieben.	Die Arme mit braunen rundlichen Flecken bis zu den Händen herab bedeckt. D. Streckseiten d. Finger wulstig aufgetrieben, rothblau, an d. Handrücken theils frische, theils zerfallene, mit Schorf bedeckte Knoten, an d. Fingerspitzen excoriirte Stellen. D. Unterschenkel u. Füsse klotzartig aufgetrieben, von blaurother Farbe, u. auf der Mitte des linken Unterschenkels, an d. Vorderfläche, ein mehr als handgrosses Geschwür mit ganz unregelmässigen Rändern und reichlicher Secretion von übelriechendem Eiter. Kleinere, kreisrunde sezernirende Geschwüre an rechten Malleol. int. u. a. linken Fussrücken. In d. nächsten Umgebung d. Geschwüre excoriirte Hautpartien. D. Zehen unförmlich, verschorft und excoriirt.	Auf Brust und Rücken vereinzelte braune rundliche Flecke.	Die Schleimhaut etwas geröthet, auf d. Zunge rechts v. der Mittellinie ein erbsengrosser Knoten aufsitzend.		Auf einzelnen Knoten ist die Sensibilität mehr weniger stark herabgesetzt.	15/V—3/VI. D. Geschwüre u. d. wunden Hautpartien werden täglich mit rother Praecipitatsalbe verbunden, reinigen sich aber nur sehr langsam. Pat. erhält warme Bäder und Decoct. lignor Pfund j pro die. Keine Besserung der Lepra zu constatiren.	

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Heimath.		Aufenthaltsort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptome			
			Alter.	Gouvern.							Kreis.	Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. in welcher Reihenfolge?		Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.		
																Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.
V.	1880 56	Els Kobin.	26	Livland.	Tarwast am Wirtzjersee.	Tarwast am Wirtzjersee	Bauernmädchen.	Unverheirathet.		Eltern und Geschwister gesund.	Im 9. Lebensjahre Pocken durchgemacht, sonst gesund gewesen.	Vor 4 Jahren (1876)	Mit Gefühllosigkeit an den Füssen und Unterschenkeln, darauf Flecken u Verhärtungen in der Haut des Gesichts u. d. Extremitäten.	Fieberbewegungen, Kopfschmerzen, ziehende Schmerzen in d. unteren Extremitäten.	Sehr gut.	D. Gesichtshaut durchweg schmutzig rothbraun, mit Flecken, Knötchen und Knoten dicht besät, dazwischen einzelne kleine strahlige Narben, Residuen rückgebildeter Knoten. D. Augenbrauen zum grössten Theil geschwunden, an ihrer Stelle, wie über d. Nasenrücken, stark vorspringende Knoten.	Die Haut der Arme und Beine mit erbsengrossen, hellbraunen Flecken u. ebenso grossen Knoten, welche nur wenig prominiren, unregelmässig besetzt, hauptsächlich an d. Streckseiten, u. peripher dichter als gegen den Rumpf hin. An beiden Knien und Ellbogen ist die Haut verdickt und mit Krusten und Borken behaftet.	An beiden Mammillen 2 ulcerirende Knoten, sonst sind Brust und Rücken rein.
VI.	1880 106	Karl Song.	13	Livland.	Pernau.	Tignitz	Bauernknecht.		Vater gesund, Mutter und deren Schwester (Tante d. Pat.) von derselben Hautkrankheit befallen gewesen, sind beide todt; eine zwei Jahre ältere Schwester des Pat. hat auch dasselbe Leiden.	Im Ganzen gut.	Vor 3 Jahren (1877).	Mit dunkler Färbung der Haut und Knoteneruption, zuerst im Gesicht, dann an d. Füssen; im Laufe des Winters ist noch Heiserkeit hinzu gekommen.	Pat. vermag nichts darüber anzugeben.	Sehr schwächlich.	Schwachbläuliche Färbung der Gesichtshaut, besonders an den Wangen und der Augenbrauengegend, die Augenbrauen selbst fehlen. Der Nasenrücken links durch eine haselnussgrosse, rechts erbsengrosse Anschwellung mit glatter Oberfläche aufgetrieben; eine ähnliche Anschwellung sitzt am linken Nasenflügel. An der Oberlippe am linken Mundwinkel einige rundliche Protuberanzen der Haut.	An den oberen Extremitäten, besonders an den Streckseiten der Vorderarme, dunkel pigmentirte und dazwischen ganz pigmentlose, weisse Hautpartieen, Epidermisabschuppungen und Schorfauflagerungen. Die Haut der unteren Extremitäten, besonders an Knie, Unterschenkel und Fussgelenk unregelmässig knollig und höckrig verdickt, dunkelblauroth, mit weissen Schuppen und dunklen Schorfen bedeckt; am rechten Unterschenkel aussen, im untern und am linken Unterschenkel innen, im oberen Drittel flache Geschwüre mit schlechten Granulationen (circa 4 Cm. lang und 3 Cm. breit), ein ähnliches kleineres Geschwür auf dem rechten Fussrücken; auf dem linken eine knollige Auftreibung mit glatter, glänzender Oberfläche. Die Zehen aufgetrieben und stark gekrümmt, die Fusssohlen mit Knollen, Höckern und Knötchen besetzt.	Frei.	
VII.	1880 345	Jaan Lawwi.	28	Livland.	Pernau.	Tignitz.	Bauer.	Unverheirathet.	Eltern todt, haben nicht an Lepra gelitten, Geschwister u. Verwandte stets gesund.	Bis auf Geschwüre an Kopf u. Brust im frühesten Kindesalter stets gesund gewesen.	Vor 6 Jahren (1874).	Mit Knoten an den Unterschenkeln (1874), darauf (1875) an d. Armen u im Gesicht, 1877 an beiden Füssen. Die Knoten begannen bald zu ulceriren	Darüber kann Pat. nichts Bestimmtes aussagen, jetzt giebt er nagende Schmerzen an d. Zehen u. Unterschenkeln an.	Im Ganzen noch gut.	Die Haut aller Gesichtstheile u. die untere Stirnpartie m. braunen Knoten bis zu Erbsengrösse ziemlich symmetrisch besetzt; die Kopfhaut mit alten Narben dicht bedeckt, daher auch mit Haaren spärlich besetzt. Supercilien fehlen, Cilien spärlich erhalten.	An beiden Schultern, Ellbogen u. Handgelenken Knoten u. bläuliche, pigmentirte Narben, rechts grösser (- 1 1/2 Cm. Durchmesser) denn links; am rechten Ellbogen sind mehrere dicht zusammenstehende Knoten exulcerirt. D. Oberschenkel a. d. ganzen Vorderfläche mit glänzenden bläulichen Narben versehen, die Hinterfläche frei. Die Haut der Kniee, Unterschenkel und Füsse schmutzig braunblau, bedeutend verdickt, besonders links, rauh, mit Rissen, Schuppen und Borken versehen. Am linken Knie sitzt ein 1 1/2 Cm. breiter Knoten, kleinere von 1 - 1 1/2 Cm. an Dorsum und Planta der Füsse und an den Fusszehen, wo sie schon zum Theil zerfallen und mit Borken bedeckt sind.	An Brust u. Rücken der Mittelzone entsprechend, weisse flache, mit dunklen Pigmentstreifen untermischte gebene Narben.	

m e.				Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
Leimbhäute.		Mutilationen.	Sensibilitätsstö- rungen d. Haut u. d. Schleim- häute.		
Mund- und Rachenhöhle.					
			Die Sensibilität d. Haut kaum verändert, an d. unteren Extremitäten vielleicht etwas herabgesetzt.	15/I — 20/III. Decoct. lignor. innerlich, ohne Erfolg.	Als Pat. vor 4 Jahren die Gefühllosigkeit ihrer Unterschenkel bemerkte, versuchte sie diese durch Application eines heissen Steines zum Schwinden zu bringen u. zog sich dabei eine bedeutende Verbrennung d. Vorderfläche des linken Unterschenkels zu, wo jetzt noch eine ausgedehnte Narbe zu sehen ist. Die Untersuchung der Brustorgane ergiebt eine geringe Vergrößerung d. Herzdämpfung nach links, einen unreinen ersten Spitzenton und verstärkten zweiten Pulmonalton. Während des Aufenthaltes auf der Klinik stellten sich einige Male heftige Schmerzen in d. unteren Extremitäten mit leichten Fieberbewegungen ein, schwanden jedoch bald, ohne zu neuen Flecken u. Knoteneruptionen geführt zu haben.
	Uvula zum grössten Theil zerstört, am harten und weichen Gaumen, dicht über d. spärlichen Uvularesten ein Paar narbige Einziehungen.	Keine.	Sensibilitätsstörungen wenig ausgesprochen, nur an einigen knolligen Stellen der Unterschenkel etwas herabgesetzt.	11/II — 1/VI. Täglich ein warmes Bad, auf die Ulcera Emplastr. mercuriale. Unter dieser Behandlung reinigen sich Haut und Geschwüre, doch verheilen letztere nur sehr langsam. Pat. wurde sonst ungebessert entlassen.	Pat. athmet mühsam, 18 Inspirat. in der Minute. Das linke Nasenloch ist sehr schwer, das rechte besser durchgängig. Die Stimme heiser. An Lungen und Herz nichts Besonderes zu finden. Leber vergrößert, überragt in der Parasternallinie den Rippenraum um 3 Finger breit. Milzdämpfung nicht vergrößert, d. Urin eiweissfrei. Gegen Ende des Aufenthaltes auf der Klinik wurde am Patienten wegen Suffocationserscheinungen die Tracheotomia superior mit gutem Erfolge ausgeführt.
	Harter u. weicher Gaumen mit flachen, theils ulcerirenden gelben Knoten bestanden.	Keine.	D. Sensibilität überall erhalten, auf den Knoten und Narben allein etwas herabgesetzt.	10/IX — 10/XII Decoct. lignor. innerlich, ohne Erfolg.	Das linke Bein des Pat. ist im Kniegelenke in einem Winkel von 135° fixirt, gar keine Beweglichkeit vorhanden. Patella auch fest. Die ganze Configuration des Gelenkes eine abnorme: die mediale Seite halbkugelförmig vorgewölbt, ziemlich hart, die einzelnen Gelenktheile lassen sich nicht deutlich herauspalpiren; die laterale Seite nur wenig verändert. Schmerz weder bei Bewegungsversuchen, noch bei Palpation des Gelenks, wohl aber auf Druck an der lateralen Seite der Tibia, 2 Cm. unter der oberen Grenze des Condyl. ext. tibiae u. 8 Cm. oberhalb der Gelenklinie. An d. Innenseite des Oberschenkels zwei kleine Fistelöffnungen, welche einen dicken, grünlichgelben, mit Blut untermischten Eiter entleeren. — Wann Pat. sich diese Gonitis acquirirt hat u. wie ihr Verlauf gewesen ist, ist nicht mehr zu eruiren. Die Inguinal- u. Subinguinaldrüsen stark geschwollen.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltsort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen	
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. in welcher Reihenfolge?
VIII.	1881 259	Michel Tories.	28	Estland.	Ost-Harrien (Jeglecht).	Reval.	Koch.	Unverheirathet.		Eltern sind gesund gewesen, Geschwister leben u. sind alle gesund.	Stets gesund gewesen	Vor 1 Jahr im Sommer.	Mit kleinen blasseröthen Knötchen, zuerst an d. Streckseiten der Vorderarme, dann auch an d. vorderen Flächen d. Beine u. a. d. Brust. Im December vorigen Jahres nach einer starken Erkältung Halsschmerzen u. Schwellung der Nasenschleimhaut; einen Monat später bemerkt Pat. am weichen Gaumen etliche ulcerirende, circa erbsengrosse Erhabenheiten. Im Laufe d. Frühjahres bedeckte sich auch d. Gesicht m. blasseröthen Knötchen, welche von den Mundwinkeln ihren Ausgang nahmen. Augenbrauen und Barthaare gingen an auszufallen, die Nase überreichenden Eiter zu secerniren; das Sprechen wurde schwer.
IX.	1884 100	Ans Krill.	30	Livland.	Dorpat.	Tammist und Warrol.	Feldarbeiter.	Verheirathet.	3 Kinder, alle gesund.	D. Vater starb vor der Geburt des Pat; d. Mutter u. die Geschwister leben u. sind gesund.	Hat frühernur an Fussgeschwüren gelitten.	Vor 3 oder 4 Jahren (1880 — 81).	Mit Verhärtungen und Geschwüren an den Unterschenkeln und Knien; dann an d. oberen Extremitäten, zuletzt im Gesicht.

Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptome.				Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.							
	Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
Sehr gut.	<p>Gesichtshaut durchweg infiltrirt, mit blassrothen, flachaufsitzen den Erhabenheiten besät; beim Betasten erweisen sich diese als tief i. d. Unterhautzellgewebe reichende Knoten; besonders gehäuft sitzen sie am Kinn u. a. inneren Drittel des Arcus supercil., wo d. Augenbrauen ganz fehlen; nach aussen sind sie noch spärlich erhalten. Gar kein Bartwuchs. D. Nase etwas platt durch die verdickten Nasenflügel, an deren Innenfläche, wie am Septum hellbraune Krusten haften. Aus d. Nase entleert sich eine seröse, gelb gefärbte, übelriechende Flüssigkeit.</p> <p>Conj. bulbi geröthet, an d. Sclera beiderseits rundliche gelbe Prominenzen, d. in d. Fläche z. wuchern scheinen.</p>	<p>Die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten mit gelbbraunen, scharf begrenzten, linsengrossen Flecken besprengt; manche von ihnen zeigen eine glatte, glänzende Oberfläche, andere sind matt; d. meisten stehen im Niveau d. Haut, mehrere erheben sich über dasselbe. Flachhand und Fusssohle sind ganz frei, an den Fingern und Zehen aber ist die Haut aufgetrieben, glänzend, an den Zehen auch noch rau und rissig.</p>	<p>D. Rumpf m. ganz ähnlichen Flecken behaftet, welche aber hier alle im Niveau der Haut bleiben.</p>	<p>Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle etwas verdickt und geröthet, an dem weichen Gaumen einige erbsengrosse Ulcerationen.</p>	Keine.	<p>Die Knoten und Flecke u. ihre nächste Umgebung sind mehr weniger anaesthetisch.</p>	<p>15/VIII — 2/X. Decoct lignor. Pfund j j pro die, danach Creosotpillen.</p> <p>Rp. Creosoti 1,2 Rad Althae 2,0 Succi liq. aa 2,0 Mf. pill. Nr. 50 3 Pill. tägl. steigend.</p> <p>Gegen d. inzwischen aufgetretenen eitrigen Ohrenfluss Einträufelungen von Rp. Plbi acetici 0,5 Aq. destill. 180,0 Die Otitis suppurativa schwindet, die Ulcerationen am weichen Gaumen verheilen.</p>	<p>Während der Beobachtungszeit auf der Klinik wiederholt sich das Gefühl d. Ameisenkriechens a. ganzen Körper, es treten auch einige Zeit danach zwei neue Knötchen an der rechten Nasolabialfalte auf, und am rechten Os zygomatic. eine neue Hautverhärtung. Sonst scheinen die Verdickungen im Gesicht weicher geworden zu sein.</p>
Knochenbau gut, Musculatur und Fettpolster reducirt.	<p>Gesichtshaut verdickt und bronzeeartig verfärbt, die Stirn stark gerunzelt und mit Papeln, Knötchen und Knoten dicht besetzt. Augenbrauen fehlen. Die Wangen hängend, die Nase dick, die Lippen wulstig, die Unterlippe herabhängend, in ihr fühlt man bei Palpation mit dem Daumen und Zeigefinger eine ganze Reihe kleiner knötchenartiger Verdickungen; an den Mundwinkeln sitzen einzelne Knötchen. Der Bartwuchs spärlich.</p>	<p>Auf beiden Schultern ältere und jüngere braune Knoten. Die Streckseiten der oberen Extremitäten mit solchen Knoten und Knötchen dicht besetzt, an den Ellbogen häufen sie sich besonders, sind hier am ältesten, zum Theil schon zu wulstigen, dunkelpigmentirten Narben zurückgebildet, zum Theil noch durch mehr weniger starke Desquamation in Rückbildung begriffen. Die Haut durchweg ziemlich gespannt, stellenweis glänzend u. abblättern, in den Handflächen schwierig verdickt. Dasselbe gilt von den Streckseiten der unteren Extremitäten, besonders v. d. Knien und Unterschenkeln. An den Nates u. Hinterflächen der Ober- und Unterschenkel ist die Haut verdickt, zeigt auch hier zahlreiche braunrothe Flecke und Papeln, aber keine Knoten und Narben. Die Füsse plump, voller Risse und Abschürfungen, an den Zehen zahlreiche Excoriationen.</p>	<p>Nur die Brustwarzen sind auffallend hart, prominiren stark und schuppen ab, sonst ist der Rumpf frei.</p>	<p>Auf der Zunge, am harten und weichen Gaumen, an den Gaumenbögen, der hinteren Rachenwand Papeln, Knötchen u. Knoten, dazwischen auch schon eingezogene Narben.</p>	Keine.	<p>Eigentliche Anaesthesieen nicht nachzuweisen, an den ältesten Narben und Knoten nur u. sonst hier und da mehr weniger deutliche Analgieen.</p>	<p>1/III — 16/III. Rp. Creosot 1,25. f. pill. Nr. 50. D. S. 3 pro die. Alle 2 Tage ein warmes Bad.</p>	<p>Laryngoscop. Befund: Die Epiglottis ist ein grosser unförmlicher Wulst, der den Zugang zum Kehlkopf verlegt, so dass man mit Mühe nur einen Theil des linken Aryknorpels sehen kann. — Die Stimme ist ganz klanglos.</p> <p>Beide Hoden sind mit kleinen knötigen Verdickungen durchsetzt, an d. cauda epididymis über haselnussgrosse, terbe Knollen u. zwar beiderseits.</p> <p>Die Inguinaldrüsen geschwollen.</p> <p>Das Allgemeinbefinden des Pat. ein sehr gutes, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, Pat. bleibt daher nicht lange auf der Klinik, verlangt seine Entlassung.</p>

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut.	
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?		Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.
X.	1884 295	David Jakobson.	40	Kowno.	Schagarren.	Lebt seit 20 Jahren in der Stadt Pernau in Livland.	Herumziehender Krämer, lebt unter ganz guten Verhältnissen.	Verheirathet.	Keine, auch keine gewesen.	Vater lebt, 63 a. n. rüstig, Mutter starb vor 30 Jahren an der Cholera, desgl. d. Grossmutter und eine Schwester; d. übrigen Geschwister u. sonstigen Verwandten ganz gesund.	Will stets ganz gesund gewesen sein.	Vor 4 Jahren (1880).	Mit einigen braunen Hautverdickungen (Papeln?) am linken Oberschenkel, darauf folgten Eruptionen kleiner brauner Knoten an beiden Unterschenkeln, am rechten Oberschenkel, dann im Laufe der Zeit an beiden Armen, im Gesicht und zuletzt (im letzten halben Jahre) auf Brust, Schultern und Rücken.	Keine Allgemeinerscheinungen, aber kurz vor den Knoteneruptionen Juckchen und „Kneifen“ an d. betroffenen Stellen.	Kräftiger Körperbau. Pat. klagt nur über nahezu beständiges Frostgefühl im ganzen Körper.	Stirn- und Gesichtshaut mit kleineren und grösseren, bis zu erbsengrossen, braunen bis braunrothen Knoten dicht besetzt, so dass nur die beiden Schläfengegenden und ein 1 1/2 Cm. breiter Saum der oberen Stirnpartie gegen die Haargrenze frei sind. Exquisite Facies leonina. Die Kopfhaut rein, mit tief-schwarzen Haaren dicht bestanden, der Boden des im Ganzen wohl erhaltenen Schnurr- und Kinnbartes mit Knoten dicht besetzt. Die Knoten alle intact, nur auf der Stirn einzelne mit dünnen Krusten bedeckt. Pat. hat sie da versucht, mit den Fingernägeln abzukratzen. Supercilien sehr spärlich erhalten, Cilien besser; dicht über dem Ciliarrande des linken Oberlides eine Reihe von 5 pfefferkorngrossen braunen Knötchen. Ausser an Stirn und Gesicht auch an den vorderen und seitlichen Halstheilen Gruppen von braunrothen grösseren und kleineren Knoten; auch in der Haut der Ohrmuscheln sind einzelne Knoten sichtbar.	Obere Extremitäten: Die Streckseiten beider v. d. Schulterhöhe an bis auf den Handrücken herab mit braunen Papeln, Knötchen und Knoten dicht besetzt; sie stehen meist dicht neben einander, stellenweis sind sie mit einander confluir. An der Beugeseite der Vorderarme in der Mittellinie nur ein 2-3 Finger breiter Streifen normaler Haut, an der Beugeseite der Oberarme zieht sich schräg über den Bauch des Musc. biceps, von innen und oben nach unten und aussen, ein 2 Finger breiter Streifen brauner Hautknoten. Die Handflächen und Finger ganz frei. Die Knoten sind zumeist intact, nur an d. Ellbogen u. im unteren Drittel der Vorderarme u. über d. Dorsum carpi sind die grösseren theils entzündet u. geschwürig zerfallen, theils m. Krusten und Borken bedeckt, unter denen auf Druck flüssiger Eiter und Blut hervorsickern, theils mit trockener flachung (Resorption) des Knotens zu eingezogene bläuliche Narben, nach ist die strenge Symmetrie hinsichtlich der unteren Extremitäten Kniekehlen und grössere Stellen an ist die Haut der Unterschenkel stark Fusssohlen sitzen einzelne Knoten in der zerfallen, so dass ihre Oberfläche ein Schuppen und Krusten bedeckte, in weisse vertiefte Narben, wie an den der Knoten auf beiden unteren Extremitäten. Die Nateshaut braunroth, etwas v. Das Scrotum mit Knoten durchsetzt, an Hoden auf Druck schmerzhafte knotige
XI.	1884 301	Krisch Pekschan.	32	Livland.	Wolmar.	Salisbury.	Bauer, beschäft. sich vorwieg. mit d. Schneiderhandw., lebt in ganz guten Verhältnissen.	Verheirathet.	3 Kinder, Mädchen, alle gesund.	Eltern beide todt, von den Geschwistern (2 Brüdern u. 2 Schwestern) ist ein Bruder epileptisch (?), die übrigen ganz gesund. Von sonstigen Verwandten ist niemand von einer ähnlichen Krankheit befallen und befallen gewesen.	Seit der Kindheit eine „schwache Brust“, sonst keine besonderen Krankheiten überstanden.	Vor 4 Jahren (1880).	Mit farblosen erbsengrossen Knoten in der Haut, welche später stärker hervortraten und braun wurden, 1/2 Jahr darauf soll d. Zerfall der Knoten begonnen haben. Zuerst wurden die Unterschenkel ergriffen, dann die Oberschenkel, linker Vorderarm, rechter Vorderarm, zuletzt (seit 8 Monaten) das Gesicht.	Keine. Die Angabe wurde unsicher gemacht.)	Knochenbau mit Ausnahme des Thorax, welcher etwas flach, gut, Musculaturschlaff, Fettpolst. fast garn. vorhanden. — Pat. klagt über fast beständig. starkes Frösteln im ganzen Körper u. über Schmerzen in der Brust beim Sitzen; beim Gehen und Stehen ermüdet er leicht und verspürt dann Schmerzen i. den Füssen u. Untersch.	Gesichtshaut unverändert, Kopf- und Barthaar dicht und stark, Supercilien u. Cilien erhalten. Auf der Stirn 12 bis 15 pfefferkorn-grosse und kleinere hellbraune Papeln u. Hautknötchen, namentlich über dem rechten Auge; i. d. Wangenhaut sitzen auch einige solcher Knoten, über dem rechten Jochbogen ein grösserer hellbrauner, mit deutlicher Gefässzeichnung auf der Oberfläche. Sonst ist das Gesicht in allen seinen Theilen normal.	Obere Extremitäten: In der unteren Hälfte beider Oberarme, an den Streckseiten, 2-3 erbsengrosse, scharf umschriebene, stark vorspringende, mit der Haut verschlebliche Knoten von gleichmässig brauner, glatter Oberfläche. Sonst ist d. Haut an beiden Oberarmen nur grau-weiss verfarbt. — An den Streckseiten der Unterarme bis auf d. Handrücken hinab eine Menge grösserer und kleinerer, pfefferkorn- bis erbsen- und haselnussgrosser Knoten v. demselben Aussehen wie an d. Oberarmen; die grössten sitzen im unteren Drittel der Vorderarme u. auf d. Handrücken. Einzelne von den Knoten schuppen ab, die meisten zeigen aber eine glatte, gleichmässig braune Oberfläche. Am linken Vorderarm u. Handrücken sind mehrere Knoten ihres epidermidalen Ueberzuges beraubt und präsentiren eine excoriirte, theils nässende und leicht blutende, theils zu einer Kruste eingetrocknete Oberfläche. 2 Fingerbreit über dem linken Handgelenke ist ein Convolut von 4-5 grösseren Knoten das Centrum ist ein flacher, schwach

Haut und der Schleimhäute.			Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
Rumpff.	Mund- und Rachenhöhle.					
Die Höhe der Brustwarzen herab mit Flecken und Papeln, desgleichen am Rücken auf der Spina scapulae, beiderseits. Sonst ist der Rumpff frei, d. Rückenhaut aber sehr trocken, rau und leicht abschuppend.	Das Lippenroth mit Knötchen durchsetzt, Wangen- und Zungenschleimhaut frei, an dem harten und weichen Gaumen von der Zahngrenze an, i. d. Mittellinie ein Zugpfefferkorngrosser, gelblichrother Knoten, die sich auf Uvula, Gaumenbögen und Mandeln fortsetzen. Die hintere Rachenwand mit eben solchen Knoten dicht besetzt.	Keine.	Keine.	13/VIII — 28/VIII. Täglich warme Bäder, Verband mit Zinksalbe auf die geschwürigen Partien, Creosotpillen, 3—5 pro die.	Die Conjunctiva palpebrar, beider Augen etwas anaemisch. Linkes Auge: Am äusseren Cornealrande sitzt auf der Conj. bulbi ein gelblicher Knoten von der Grösse einer kleinen Erbse, greift auch auf die Cornea etwas hinüber; die Cornea von hier aus in einem Segmente nach oben milchig getrübt, in den übrigen Theilen klar. Pupillen gut, Sehschärfe nicht herabgesetzt. Am inneren Cornealrande auf der Conj. bulbi ein kleinerer gelblicher Knoten, zu dem sich vom inneren Augenwinkel ein Blutgefässchen hinzieht, das sich in einem Bogen nach oben um die Cornea in die tieferen Schichten der Conjunctiva verliert. Iris normal. Rechtes Auge: Am inneren Cornealrande eine pingueculalähnliche, gelbliche Erhöhung der Conj. bulbi. Sonst nichts Abweichendes am Auge.	
rockenen, gelblichen Schuppen behaftet, nach deren Entfernung eine deutliche Abmagerung zu constatiren ist. Zwischen den dicht stehenden Knoten findet man hie und da nach Angabe des Patienten Reste früher dagewesener Knoten. — Höchst auffallend ist die Vertheilung und Veränderung der Knoten auf beiden oberen Extremitäten. Die Hände mit Knoten derselben Beschaffenheit dicht besetzt, nur d. Leistenbeugen, d. Ellenbogen an den Innenflächen der Oberschenkel sind frei geblieben. Im unteren Drittel der Extremitäten starr infiltrirt, auf Druck schmerzhaft, desgl. die Haut der Fussrücken; an den Händen in der Haut. Hier und da sind mehrere Knoten zusammengefloßen und geschwürig geworden, in Resorption begriffene Knoten und jüngere u. ältere pigmentirte u. bläuliche Knoten an den oberen Extremitäten. Gleichfalls auffallende Symmetrie in der Vertheilung der Knoten.	was verdickt und abschuppend, gegen den Rumpff hin mit braunen Knötchen besetzt. An der Corona glandis ein Kranz von Pfefferkorngrossen Knoten. An den Nebenorganen Verhärtungen durchzufühlen, Hoden frei.					
Der Bauch und die seitlichen Theile d. Rückens von den Schulterblättern herab mit ganz blassen, braunen, roseolaartigen Flecken bedeckt.	Die Mundschleimhaut anaemisch, an d. Oberlippe rechts eine weisse rundliche, etwas vertiefte Narbe, d. schon vor der Knoteneruption am Körper dagewesen sein soll. Auf der Schleimhaut d. weichen Gaumens u. d. Gaumenbögen sitzen, recht symmetrisch auf beide Hälften vertheilt, mehrere blassrothe Knötchen; die Rachen- und Rachenschleimhaut ist katarrhalisch afficirt, man sieht auf ihr geschwollene Follikel und adhaerirendes eitrigschleimiges Sekret.	Keine.	Nur an der linken Wade einige analoge Stellen, sonst normale Sensibilität.	15/VIII.—28/VIII. Täglich warme Bäder und Zinksalbeverband auf die geschwürigen Partien, Creosotpillen, 3—5 pro die.	Pat. giebt an, dass er bisweilen ein Gefühl von Vertaubtsein in d. Händen und Füssen verspürt. Schneiderarbeit kann er nicht mehr gut verrichten, da die Finger infolge von Steifigkeit und Vertaubung den Dienst häufig versagen. An den inneren Organen nichts Besonderes nachzuweisen. Hervorzuheben ist d. symmetrische Vertheilung der Hautveränderungen auf beiden Körperhälften.	
Knoten geschwürig zerfallen: an der Peripherie haften dünne Schuppen und Krusten, welche auf dem weichen secernirenden Geschwürsgrund sitzen. Die Haut mit ganz kleinen, braunen Flecken nicht sehr dicht besetzt, beim Herüberstreichen mit dem Finger ganz kleine, in d. Haut sitzende Knötchen erkennen; auch gröss. bis erbsengrosse, in d. Haut stossen auf. D. Handflächen u. Finger sind ganz frei u. wohl erhalten. An den unteren Extremitäten dieselben Hautveränderungen in noch stärkerem Grade, die Hände erreichen mitunter die Grösse einer kleinen Wallnuss. Beuge- und Streckseiten der Extremitäten offen, die Fusssohlen sind nur in der Höhlung mit einzelnen kleineren Knötchen in der Haut. D. Zerfall d. Knoten ist an d. unteren Extremitäten weiter vorgeschritten als an den oberen. Man sieht man einzelne Geschwüre vom 2—3 Cm. Durchmesser mit callösen Rändern. An den Nates nur einige grössere Knoten, von denen links einer im Centrum narbig, rechts einer an der Nates braun gefleckt. — An der Corona glandis eine Reihe kleiner Knötchen;						

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath		Aufenthaltort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?	
XII.	1879 353	Wilhelm Post.	40	Estland.	Harrien.	Arrol bei Reval.	Landmann.	—	—	Eltern und Geschwister gesund.	Gut.	Im Frühjahr vor 1 1/2 Jahren (1878).	M. Flecken am ganzen Körper, i. Frühjahr 1879 Schmerzen im Halse u. Heiserkeit, Herbst 1879 a. rechten Knie und Fuss Blasen, d. platzen und Geschwüre hinterliessen.	Ganz zuerst unbestimmte Allgemeinerscheinungen, dann ein Gefühl von Schwäche u. Taubsein in d. Händen u. Füssen.	Gut.
"	1881 269	idem.	42	"	"	"	"	—	—	"	"	"	"	"	"
XIII, a.	1879 411	Anna Adamowa.	29	Livland.	Dorpat.	Tammist.	Bäuerin.	Unverheirathet.		Eltern gesund.	Gut.	Vor 6 Jahren (1873).	M. braunen Flecken über d. ganzen Körper, bald darauf braune Knoten am Kinn, a. d. Wangen und Streckseiten d. Vorderarme. 1—1 1/2 Jahre später wurden diese Knoten anaesthetisch. Vor 1 1/2 Jahren an beiden Ellbogen Blasen, welche aufbrachen und zu den jetzt bestehenden Knoten führten, vor 6 Wochen an beid. Unterschenkeln je eine braune bis braunschwarze Hautverfärbung, welche links zu einem Geschwür geworden ist.	Leichtes Fieber u. allgemeines Unwohlsein.	Schlecht. Pat. klagt aber über nichts Besonderes.

anaesthesieen und Pemphigusblasen complicirter Lepra tuberosa.

Allgemeine Körperbeschaffenheit	Symptome.				Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.							
	Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
Gut.	D. Haut d. Stirn und des Gesichts bläulichroth, auf dem Nasenrücken und den Wangen von Venenstäbchen durchspinnen, springt über den Augen und d. Nasenwurzel wulstig hervor u. zeigt in der ganzen Höhe der Stirn tiefe horizontale Furchen, die sich durch Spannung nicht glätten lassen. In der Haut fühlt man vereinzelte Knoten durch. Augenbrauen und Wimpern fehlen.	An d. Streckseiten d. ob. Extremitäten zahlr. braune Flecke, weniger an den Beugeseiten; am Olecranon beider Arme dünne, weisse Narbenhaut, mit d. Unterlage nicht verwachsen. Auf dem linken Handrücken ein mit einer dicken Kruste bedecktes Geschwür m. unreinem Grunde, an d. Peripherie dünne Narbenhaut. An der Aussenseite des rechten Kniees ein handtellergrosses, oberflächliches Geschwür mit blassen Granulationen, die theilweise mit Schorf bedeckt sind; unterhalb des linken Kniees Residuen eines ähnlichen, aber schon verheilten Geschwürs in Form v. dünner Narbenhaut mit Schorfen. Die Haut beider Unterschenkel infiltrirt, lässt sich nicht in Falten heben, dabei roth, stellenweis glänzend und mit zerstreuten kleinen Knoten besetzt; desgleichen an d. Fussrücken. Am Ballen beider gross. Zehen Geschwüre m. scharf. Ränd., schmutzigem Grunde und starker Secretion.	Die Haut fühlt sich trocken u. verdickt an, ist am Rücken stark gerunzelt und mit zahlreichen bräunlichen Flecken besetzt, besonders in der Gürtelzone. Die Flecke prominiren nicht, verschwinden nicht auf Fingerdruck u. zeigen verschiedene Grösse, vom Grützkorn bis zur Haselnuss. Von den Achselhöhlen herab bis zur XII. Rippe ist die Haut rein; vorn an Brust und Bauch gleichfalls mit Flecken behaftet.	Das Zäpfchen fehlt, die Tonsillen geschwollen, die hintere Rachenwand geröthet, mit zahlreichen Knötchen besetzt; Stimme heiser.	Keine.	Vollkommen anaesthetische Stellen sind nicht vorhanden, doch ist an den unteren Extremitäten die Sensibilität abgeschwächt: oberflächliche Nadelstiche werden nicht empfunden, tiefe wohl.	18/IX—26/X. Die Geschwüre werden täglich mit Infus. Chamomillar. (Pfund j+ 3j Tinct. aromat.) verbunden, reinigen sich und beginnen zu verheilen, sind bei der Entlassung d. Pat. nahezu vernarbt. Innerlich erhält Pat. Decoct. lignor., 2 mal täglich eine Tasse voll. Keine Besserung der Heiserkeit zu merken.	D. laryngoscop. Befund ergibt eine Verdickung u. Verkrümmung d. Epiglottis, im Spiegel erscheint sie wie eine liegende Drei: ∞; die Stimmblätter sind auch verdickt, functioniren sonst normal. Beim Schlucken fester Nahr. giebt Pat. Schmerz. im Halse an. Am 22/X zeigt sich auf dem rechten Fussrücken eine mehr als wallnuss-grosse Blase, am rechten Knie ein nässendes Eczem u. zugleich eine bedeutende Anschwellung des ganzen Gesichts mit starker Röthung, welche sich auf Hals und Nacken ausdehnt u. ohne scharfe Grenze in die normale Haut übergeht. Pat. ist fieberfrei, klagt auch nicht über Schmerzen. Auf das Eczem und die gesprungene Blase wird Ungt. Zinci applicirt, später Sol. Argenti nitr. 0,6; 30,0. Am 25/X ist die Schwellung und Röthung des Gesichts geschwunden, d. Eczem und die Excoriationen fast verheilt, am 26/X verlässt Pat. auf eigenen Wunsch die Klinik. Inguinal-, Axillar- u. Cubitaldrüsen stark geschwollen. Pat. stellt sich im Aug. 1881 wieder vor.
"	Die ganze Gesichtshaut verdickt u. nur mit Mühe faltbar; an der Nase, den Wangen und dem Kinn mehrere schrotkorn- bis erbsengrosse, flach vorgewölbte Erhabenheiten.	An den Ellbogen neben den Narben indolente Geschwüre m. mässiger Ausscheidung eines dünnen Secrets; ähnliche, aber kleinere Geschwüre an den Streckseiten der Finger, besonders rechts. Das Geschwür auf dem linken Handrücken nahezu vernarbt. Die Oberschenkel an der Vorderfläche stark gefleckt, an d. Hinterfläche (links) mit aton. Geschwüren behaftet. Auf d. Patellen bläuliches, runzliges Narbengewebe, daneben mit missfarbigen Borcken bedeckte Geschwüre. Die Haut der Unterschenkel glänzend und stark gespannt, in Falten nicht abhebbar, trägt grössere und kleinere Geschwüre, besonders links auf der Wade u. rechts unterhalb der Wade. Die Haut der Füsse bläulichweiss, wie mit Mehl bestreut, die Epiderm. stellenweis stark verdickt.	Knoten u. Geschwüre am Rumpfe nicht vorhanden, wohl aber mehrere grössere, oberflächliche Narben als vollkommen weisse, pigmentlose, Hautstellen zwischen den zahlreichen gösser. u. kleiner. Flecken.	Der weiche Gaumen auch mit Knötchen besetzt, die Zunge in der hinteren Partie geschwollen und rissig. Sonst wie oben.	"	Complete Anaesthesieen lassen sich nirgends nachweisen, nur d. pigmentlosen Narben sind weniger sensibel.	20/VIII—9/X. Innerlich Creosotpillen. Rp. Creosoti 1,2 Rad. Althae. Succi Liqui. aa 2,0 Mf. pill. Nr. 50. D. S. Täglich 2 Pillen. Keine Besserung zu constatiren. Die Geschwüre werden gereinigt und verbunden, schicken sich zur Verheilung an, einige gelangen zur vollständigen Vernarbung.	Sein Zustand war inzwischen im Allgemeinen ein guter, von Zeit zu Zeit traten nur an verschiedenen Körperstellen verschiedene grosse Blasen auf, die platzten und oberflächliche Geschwüre hinterliessen, welche sehr langsam verheilten. Die Veränderungen gegen den früheren Stat. siehe in den Rubriken. Das Allgemeinbefinden des Patienten gut. Inzwischen treten, ohne dass irgend welche Allgemeinerscheinungen vorausgehen, einige wenige Pemphigusblasen mittlerer Grösse an Händen und Füssen nach einander auf, platzen, entleeren einen etwas getrüben flüssigen Inhalt und hinterlassen Excoriationen, die sich mit Borcken bald bedecken. Sonst keine wesentliche Veränderung, resp. Besserung im Zustande des Pat. zu constatiren.
Schlecht. Pat. klagt aber über nichts Besonderes.	Derbe, braune, erbsengrosse Knoten am Kinn, an den Wangen, an d. Nase u. in der Augenbrauengegend. Cilien und Supercilien fehlen. Die Gesichtshaut durchweg braun.	D. Haut d. Extremitäten u. d. unteren Bauchtheils durch confluirende Pigmentirungen braun verfärbt. Am rechten Ellbogen 2 grössere, flache, zerklüftete u. abschuppende Knoten, zahnliche kleinere, mehr prominirende am linken Ellbogen und an beiden Knien. An der Aussenseite des rechten Unterschenkels eine handgrosse, fleckige, dunkelbraune bis schwarzbraune Verfärbung der zugleich verdickten Haut; an d. entsprechenden Stelle des linken Unterschenkels ein gleichgrosses unregelmässiges Geschwür mit callösen Rändern, schmutzigem Grunde und sehr geringer Secretion einer zähen, eitrigen Flüssigkeit. Die Haut der Füsse auch braun verfärbt, rissig und abschuppend; die Nägel bröcklig.	Grössere u. kleinere braune Flecke über den ganzen Rumpf zerstreut.	Auf d. Schleimhaut der Unterlippe, der Zunge u. d. weichen Gaumens ähnliche Knoten wie auf der äusseren Haut.	Keine.	Die Knoten u. stärkeren Hautpigmentirungen sind vollkommen anästhetisch, sonst ist die Sensibilität d. Haut überall normal.	2/XI—13/XII Decoct. lignor. innerlich, ohne Erfolg.	Manche der auf der Haut sitzenden Knoten sind polypenartig gestielt und tragen auf der Oberfläche deutlich verzweigte Gefässe. Pat. stellt sich im August 1880 wieder vor. Cf. Fall XIII, b auf der folgenden Seite.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Heimath.		Aufenthaltsort.	Lebensweise und Beschäftigungsart Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptom				
			Alter.	Gouvern.						Kreis.	Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?		Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.			
															Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	
XIII. b.	1880 307	Anna Adamow.	30	Livland.	Dorpat.	Tammist.	Bäuerin.	Unverheirathet.	—	cf. Fall XIII, a.			Noch schlechter: Mattigkeit, Frösteln, vage Schmerzen, Appetitlosigkeit, Diarrhöen.	Die Veränderungen gegen früher siehe u.				
"	1882 56	"	32	"	"	"	"	"	—				Dasselbe in noch höherem Grade.	Das Gesicht in allen Theilen mit Knoten dicht besetzt.	Auf der linken Schulter eine handtellergrosse, weisse, glänzende Narbe, nach einer Blase entstanden. An beiden Ellbogen hellglänzende atrophische Hautstellen nach Knoten und Blasen. Am linken Unterschenkel ein 10 Cm. langes und 8 Cm. breites flaches Ulcus mit kleineren in der Umgebung, alle mit fischen Granulationen. Im Uebrigen eine weitere Zunahme der Hautveränderungen im oben beschriebenen Sinne.	Neben grösserer Ausbreitung der Flecke auch Knoten und weisse, atrophische Hautpartieen, besonders auf beiden Brustdrüsen.		
XIV.	1880 345	Michel Libbe.	40	Livland.	Fellin.	Cabbal.	Fabrikarbeiter.	Verheirathet.	3 Kinder, 1 ist am Scharlach gestorben, 2 leben und sind ganz gesund.	Eltern und Verwandte haben nie an ähnlichen Hautkrankheiten gelitten. D. Mutter ist 80 Jahre alt und gesund, der Vater todt.	Stets gesund gewesen.	Vor 2 Jahren (1877).	Mit Flecken und Knoten; in welcher Reihenfolge kann Pat. nicht mehr angeben.	Fieber u. ziehende Schmerzen von den Füssen nach dem Kopfe hinauf.	Knochenbau gut, Musculatur und Pannicul. adipos. schwach.	Stirnhaut braun verfärbt, infiltrirt, v. tiefen Furchen durchzogen. An dem Arc. superciliar. u. d. Glabella erbsengrosse Knoten von derber Consistenz, mit d. Haut verschiebbar. Augenbrauen und Wimpern fehlen.	An beiden Oberarmen confluirende braune Flecke, an der infiltrirten und braunen Haut der Streckseiten der Vorderarme bohnen- bis haselnussgrosse Knoten von derber Consistenz und zum Theil mit Borken behaftet. Die Knoten sitzen hauptsächlich auf dem unteren Drittel und auf den Handrücken, auf beiden Seiten ziemlich symmetrisch. Die Haut beider unteren Extremitäten theils glänzend gespannt, theils gerunzelt, durchweg infiltrirt und mit dunkelbraunen Flecken behaftet. An den Knien und Unterschenkeln mehrere erbsengrosse derbe Hautknoten. Die Fussrücken bläulich verfärbt, mit Epidermisschuppen bedeckt. An der planta pedis sin. ein Geschwür mit schmutzigen Granulationen und wulstigen Rändern.	An Brust u. Rücken theils isolirt stehende, theils confluirende braune Flecke.
XV.	1881 69	Gustav Brandt.	33	Livland.	Wolmar.	Alt-Salis.	Landmann.	Verheirathet.	Kinder gesund.	Gesund.	Stets gesund gewesen.	Vor 4 Jahren (1877).	Mit kleinen rothen Flecken, die sich allmählich über d. Haut erhoben u. zu Knötchen wurden; zuerst am linken Unterschenkel, bald darauf auch am linken Vorderarm, dann nach einiger Zeit an den übrigen Theilen d. Extremitäten und an der Stirn. Vor kurzer Zeit einzelne kleine Knoten an den Gummensegeln.	Andauernde Mattigkeit und vage Schmerzen in den Gliedern.	Sehr gut.	Das ganze Gesicht stark geröthet, zeigt bei näherer Betrachtung ein dichtes Netz von erweiterten Capillaren; die Epidermis schuppt leicht ab. Beide Arcus superciliar. tragen niedrige, derb anzufühlende, kleine Knoten, die auf beide Seiten symmetrisch vertheilt sind; die Supercilien fehlen. An d. Wangen u. d. übrigen Gesichtstheilen keine Knoten in der Haut.	Die Streckseiten der oberen u. unteren Extremitäten von einem ganz symmetrisch auf beide Seiten vertheilten Knotenexanthem bedeckt; die Knoten sind von braunrother Farbe und halten die Grösse vom Pfefferkorn bis zur Wallnuss ein. Die Bogenseiten, insbesondere die Ellbogenbeuge, Kniekehle, palma manus und planta pedis sind ganz frei vom Exanthem. — Am rechten Ellbogen ein offenes, flaches Geschwür von 3 Cm. Durchmesser, nach einer Verbrennung entstanden.	Hals, Rücken und Brust frei, am Bauch, zwischen Schwertfortsatz und Nabel, eine Gruppe nach rechts und links symmetrisch sich ausbreitender rothbrauner Flecke und Knoten.

m p t o m e.

Haut und der Schleimhäute.

Rump f.

Mund- und Rachenhöhle.

Mutilationen.

Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.

Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.

Bemerkungen.

früher siehe unter den Bemerkungen.

and-
arbe,
bei-
atro-
und
ein
ches
ung,
Im
der
hrie-

Neben grösserer Ausbreitung der Flecke auch Knoten und weisse, atrophische Hautpartieen, besonders auf beiden Brustdrüsen.

Mund- und Rachenhöhle mit anaesth Knoten und Narben besetzt, Stimme klanglos.

—

Gesicht, Vorderarme und Unterschenkel durchweg vollständig anaesthetisch, Oberarme, Oberschenkel und Rumpf inselförmig.

29/VIII—30/VIII.
Opium und Adstringent-
gegen die Diarrhöen.

3/II—1/III.
Creosotpillen innerlich,
auf die Geschwüre Jodo-
formverbände, warme
Bäder.

Neue Knoteneruptionen an verschiedenen Körperstellen, die alten sind zum Theil geschwunden mit Hinterlassung dunkel pigmentirter und weissglänzender atroph. Hautstellen, so besonders an den Extremitäten; mit den Knoten und ihren Spuren hat auch die Zahl der anästhetischen Hautpartieen zugenommen.

Pat. stellt sich im Februar 1882 zum dritten Male vor.

Seit der Entlassung im Aug. 1880 ist d. Blasenbildung mit Ausgang in atroph. Narbengewebe besonders aufgetreten, daneben fortwährende Allgemeinerscheinungen, wie häufige Durchfälle, Schmerzen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit. Während des letzten Aufenthaltes auf der Klinik traten nach vorausgehender Steigerung der genannten Allgemeinerscheinungen Pemphigusblasen an Händen und Füssen auf, mit deren Entleerung und Rückbildung die Allgemeinerscheinungen wieder abnahmen. Solches wurde 2 Mal beobachtet.

ende
und
der
uss-
stanz
aftet.
auf
den
iem-
bei-
glän-
arch-
unen
ieen
osen-
Fuss-
ider-
lanta
nutzi-
tigen

An Brust u. Rücken theils isolirt stehende, theils confluirende braune Flecke.

Am weichen Gaum. rundliche Ulcerationen mit schmutzigem Grunde und gerötheten, über das Niveau d. Schleimhaut hervorragenden Rändern.

Die grosse Zehe d. linken Fusses und die II. u. III. Phalanx d. zweiten Fusses fehlen.

Auf den Knoten d. Gesichts die Sensibilität herabgesetzt. Das untere Drittel der Vorderarme und Unterschenkel und die Hände und Füsse anästhetisch.

12/XI—12/XII.
Decoct. lignor. innerlich,
ohne Erfolg.

An den Volar- und Dorsalfächen der Hände sieht man Brandnarben u. Brandwunden, welche Pat. sich infolge der Anaesthetie der Hände zugezogen haben will. D. fehlenden Zehen sollen während der Krankheit nach tiefgreifenden geschwürigen Processen abgefallen sein.
Inguinal- und Axillardrüsen geschwollen.

teren
mme-
Kno-
sind
n die
Wall-
eson-
ehle,
sind
rech-
s Ge-
nach
n.

Hals, Rücken und Brust frei, am Bauch, zwischen Schwertfortsatz und Nabel, eine Gruppe nach rechts und links symmetrisch sich ausbreitender rothbrauner Flecke und Knoten.

Am weichen Gaumen u. an d. Gaumenbögen einige erbsengrosse, derbe, vorspringende Knötchen und Knoten.

Keine.

Ueberall sind die Knoten u. Knötchen entweder ganz anaesthetisch oder doch analgisch; stellenweis sind es auch die livid verfärbten Hautpartieen zwischen d. Knoten.

23/I—38/II.
Therapie indifferent.

Im Februar tritt eine ganz acute Schmerzhaftigkeit und Steifigkeit im rechten Schultergelenk mit mässiger Temperatursteigerung auf; die Gestalt des Gelenkes bleibt unverändert. Pat. erhielt 3 T. je lang Natr. salicyl. 4.0 pro die, nach 4 Tagen schwanden diese Symptome. Sonst ist gar keine Veränderung im Zustande des Pat. zu constatiren.

Lymphdrüsenanschwellungen nur mässig.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath		Aufenthaltsort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?	
XVI.	1882 329	Tönnis Pachk-welt.	38	Estland.	Harrien.	Rooküll.	Landarbeiter.	—	—	—	Im Ganzen gut gewesen, Syphilis ist nicht vorausgegangen.	Vor 7 Jahren (1875.)	Mit Verdickung und geringerer Empfindlichkeit der Haut der Unterschenkel; zu dieser ist vor 3 Jahren eine vollständige Empfindungslosigkeit der unteren Extremitäten hinzugekommen. Um dieselbe Zeit begannen die 3 letzten Zehen des rechten Fusses durch gangraenöse Geschwüre sich abzustossen. Seit 2 Wochen Schmerzen im Halse u. Athembeschwerden.	Fieber, Kopfschmerzen zu verschiedenen Malen.	Der Knochenbau gut, d. Aussehen greisenhaft.
XVII.	1883 51	Predik Lobau.	38	Estland.	Süd-Harrien (Koil).	Narwa.	Tischler	Unverheirathet.	Keine.	Der Vater schon sehr lange todt, die Mutter an Altersschwäche gestorben, früher immer gesund gewesen; eine Schwester auch todt, die andere lebt, ist aber brustleidend; an Hautkrankheiten haben beide nie gelitten.	Stets gesund gewesen.	Vor 4 Jahren (1879.)	Mit rothen Flecken, zuerst an beiden Knieen, dann am linken Handgelenk, dann auf der Stirn, auf dem rechten Oberarm u. so auch an anderen Theilen des Körpers. Die Flecke hätten sich allmählig verdunkelt, seit 3 Jahren seien aus ihnen an einzelnen Stellen Knoten entstanden.	Ist vom Pat. nicht bemerkt worden.	Gut.

Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptome.				Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.							
	Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
Der Knochenbau gut, d. Aussehen greisenhaft.	Die Farbe d. Gesichtshaut wenig verändert, stellenweis dunkel geröthet, am Arc. superciliar. u. am Oszymomat. flache Hautverdickungen, die Supercilien nahezu alle ausgefallen. D. Drüsen der Submaxillargegend taubeneigross, d. der Submentalgegend zu einem hühnereigrossen Packet angeschwollen.	Die Haut der Extremitäten ist stellenweis gelbbraun, stellenweis grauweiss bis blaugrau, fühlt sich eigenthümlich rau an, schuppt ab; beim Palpiren fühlt man in ihr derbere Parteen, aber nicht in Form von Knoten, sondern als flache, harte Einlagerungen. Vorderarme und Unterschenkel sind plump, nach unten hin verdickt; d. Hände unförmlich, von vielen Rissen u. Narben bedeckt; d. Finger werden in Krallenform gehalten, da die Flexoren infolge der nahezu paralytischen Extensoren beständig contrahirt sind, so dass sich schon Contracturen ausgebildet haben. Die Füsse unförmliche Klumpen, tragen an den Sohlen je ein vertieftes, atonisches Geschwür; ein drittes solches m. ganz steil abfallenden Rändern und schmutzigeitrigem Grunde sitzt an der rechten Ferse.	Frei.	Mund und Rachen-schleimhaut geröthet; d. Zunge zerklüftet, auf dem Rücken und an den Rändern derselben Granulationen und grauweisse Plaques; an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen eine kleine, mit einem Blutgerinsel bedeckte Wundfläche. Hyperaesthesia d. Rachens und Schlundes, Pat. kann nur flüssige Nahrung und auch diese nur schwer schlucken.	Am rechten Fuss fehlen d. 2 letzten Phalangen d. 3., 4. u. 5. Zehe; sie waren durch necrotische Geschwüre blosgelegt und wurden auf dem Hospital exstirpirt.	Die Haut d. ganzen Kopfes und Halses bis zu d. Clavikeln und d. 7 Halswirbel herab, desgleichen die Gesamthautoberfläche d. oberen u. unteren Extremitäten ist vollständig anaesthetisch.	15/IX — 28/X. Creosotpillen, 4 pro die. Jodoformverband auf die Geschwüre. Bei der Entlassung sind alle Geschwüre nahezu verheilt. Da inzwischen Oedem der Unterschenkel, Ascites, Albuminurie aufgetreten waren u. d. Leber sich vergrössert und empfindlich erwies, erhielt Pat. eine Zeit lang alle andern Tage ein warmes Bad u. innerlich: Decoct. bacc. Juniperi. e 30,0 — 240,0 Kali acetici 8,0 Roob Juniperi 15,0 2-stündl. 1 Esslöffel u. Tinct. amarae 4,0 Aq. destillat. 180,0 2-stündlich 1 Esslöffel. Bis zur Entlassung war entschiedene Besserung eingetreten, d. Albuminurie schwand.	Am Tage der Aufnahme des Pat. musste wegen hochgradiger Suffocationserscheinungen ex oedemat. glottidis die Cricotomie ausgeführt und eine Trachealkanüle eingeschoben werden. Die Canüle wurde gut vertragen, die Respiration ging gut von statten. Zugleich war Fieber vorhanden und deutete Pat. durch Geberden auf Schmerzen im Kopfe und Halse hin. Das Fieber fiel gleich ab, die übrigen Symptome schwanden nach 7 1/2 Tagen u. es trat relatives Wohlbefinden ein. Am 6/X wurde die Canüle fortgelassen; der laryngoscop. Befund von diesem Tage ergab: wulstige Verdickungen der Epiglottis mit leprösen Knoten an den Rändern. Die Beweglichkeit der Epiglottis ist durch ihre Starrheit behindert. Die aryepiglottischen Falten sind auch knotig verdickt, in den Kehlkopf selbst kann man nicht hineinsehen. Die Canülenöffnung wird mit Heftpflaster bedeckt und verheilt allmählich. Die Hyperaesthesia der Zunge und des Rachens ist geschwunden, Pat. kann wieder feste Nahrung nehmen. Bis zur Entlassung besserte sich das Allgemeinbefinden noch bedeutend; von Seiten der Respiration gar keine Störungen mehr, die Schwellung der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten ist aber unverändert geblieben. Vor 2 Jahren soll die Haut des Kopfes, Gesichtes, Halses und theilweise auch des Rumpfes bei starkem Fieber geschwollen und geröthet gewesen sein.
Gut.	Stirnhaut dunkel pigmentirt und mit flachen Knoten besetzt, besonders an dem Margo supraorb., wo sie dicht neben einander stehen und die Augenbrauen gänzlich verdrängt haben. Eine Gruppe von 3 erbsengrossen Knoten mitten auf der Stirn. Aehnliche, nur flachere Knoten an beiden Wangen. Die Nase dick und breit, die Lippengeschwollen. Haupt- und Barthaar gut.	D. Streckseiten d. Oberarme, v. Acromium an bis über die Ellbogen hinaus, von kupferfarbenen Flecken dicht besät; überm rechten Ellbogen ein mit einer Kruste bedecktes Brandgeschwür. Der untere Abschnitt der Streckseiten der Vorderarme, die Handgelenkgegend, der Handrücken gleichfalls mit beschriebenen Flecken dicht besät; dazu sitzen hier noch zu beiden Seiten der Handgelenke etliche das Niveau der Haut überragende Knoten. Die Haut der Hände durchweg infiltrirt, trägt Brandnarben, fühlt sich trocken und leblos an. Die Beweglichkeit der Finger behindert. Ganz dieselben Verhältnisse findet man an den unteren Extremitäten vor.	Brust, Bauch und Rücken mit theils zerstreut liegenden, theils zu Gruppen geordneten u. confluirenden, gelbbraunen Flecken behaftet.	Auf der Zunge 3 vereinzelt stehende, stark hervortretende Knoten.	Keine.	An den Flecken u. Knoten ausgesprochene Anaesthesia, im Gesicht jedoch weniger als am Rumpfe und den Extremitäten. An der äusseren Seite der Oberarme z. B. kann man dem Pat. eine Stecknadel bis an den Kopf einstossen, ohne dass Pat. irgend welchen Schmerz empfindet.	19/I — 8/III. Creosotpillen, 3 pro die, täglich ein warmes Bad und gleich darauf Einreiben der Stirn und Unterarme mit Goosalbe. Rp. Goa pulv. 4,0 Adip. suilli 30,0. Pat. klagte am 4/II über Schmerzen in den Beinen. Die Goosalbe wurde am 6/II fortgelassen.	Die Epiglottis wulstig verdickt, die Stimmbänder matt, die Stimme heiser. Das Allgemeinbefinden war bis 7/II ein recht gutes, da hatte Pat. einen Schüttelfrost, die Temperat. stieg auf 40,0; am 8/II wurde ein Erysipelas faciei constatirt und Pat. auf die Isolirabtheilung gebracht. Weiter finden sich keine Notizen mehr vor.

d der Schleimhäute.		Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
Rumpff.	Mund- und Rachenhöhle.				
<p>rust u. Bauch, weniger dicht, in dichter zu- enstehende u. confluirende albraune Fle- an der linken warze ein Kno- Rückenhaut in ittellinie un- dert, an den ntheilen mit cken dicht besät.</p>	Nichts Abnormes.	Keine.	Exquisit inselför- mig auftretende anaesthetische Bezirke, entsprechend den am stärksten entwickelten Knoten u. d. am meisten veränderten Hautpartieen. Rumpf, Hände und Füße zeigen gar keine. anaesthet. Stellen.	<p>2/IV—11/V. Creosotpillen, 3 pro die u. warme Bäder, 3-mal wö- chentlich. Ein Theil der Ulcerationen ist vernarbt, der übrige in Verheilung begriffen. Sonst keine wesentlichen Veränderungen.</p>	<p>Ausserdem ist Pat. am ganzen Kör- per mit Scabies behaftet gewesen, wel- che auf Behandlung mit Solut. Vle- ming. vollständig schwand.</p> <p>Inguinaldrüsen geschwollen.</p>
<p>n der Regio strica matte, meolaartige, ne Flecke; ist d. Rumpf frei.</p>	Frei.	Keine.	<p>Die Sensibilität an d. Extremitäten un- gleichmässig verän- dert, theils nur her- abgesetzt, theils ganz aufgehoben. Bei der mangelhaf- ten Intelligenz der Patientin lassen sich keine genauen In- tensitäts- u. Grenz- bestimmungen vor- nehmen, im Allge- meinen aber fallen die Sensibilitätsstö- rungen mit d. sicht- baren Hautverän- derungen zusammen.</p>	<p>Vom 10/VIII — ist noch in Behandlung. Empl. mercuriale auf die Geschwüre an den Unter- schenkeln, warme Bäder, Creosotpillen. Gegen das Fieber: Rp. Acid. muriat. dil. 2,0 Aq. destill. 180,0 MDS. 4mal täglich 1 Esslöffel. Gegen die Durchfälle Rp. Tct. opii simpl. 4,0 DS. 3mal täglich 10 Tropfen.</p>	<p>Patientin liegt apathisch da, giebt auf Befragen kaum eine Antwort, ist auch in ihren Bewegungen höchst träge. Infolge der sehr mangelhaften Intelli- genz ist es nicht möglich, eine ergie- bige u. sichere Anamnese zu erheben. Lymphdrüenschwellungen nirgends vorhanden. Erwähnenswerth ist die Symmetrie in den Hautveränderungen. Innere Organe gesund. Die Men- struation soll sich im 14. Jahre einge- stellt haben und regelmässig wieder- gekehrt sein, jetzt cessirt sie seit 5 Monaten. Während d. Beobachtungszeit sieht man unter leichten Fieberbewegungen und mässigen Durchfällen auf dem linken Unterschenkel einige neue Kno- ten aufspringen und sehr bald in Ul- ceration übergehen. Das Allgemein- befinden bessert sich danach wieder.</p>

in Peripherie der Oberschenkel, in der unteren Hälfte, undeutlich gezeichnete braune Flecke, Papeln und vereinzelte flache, intacte und anseits des rechten Oberschenkels eine haselnussgrosse, etwas prominirende blauröthliche Hautverfärbung mit gleichfalls abschuppendem Cen- trum. Dritteln braun, glatt und glänzend, mit etlichen kraterförmigen Geschwürcen, auf und in der Haut steckenden intacten und mit Oberfläche eine mit einer Kruste bedeckte Geschwürsnarbe präsentirt. D. hintere Peripherie der unteren Extremitäten ist, mit Ausnahme ersetzt. Ausserdem sitzt auf der Mitte der linken Wade ein kleiner geschwürig zerfallener Knoten und etwas tiefer, auf der Grenze des Geschwürs, mit frisch granulirendem Grunde. Die Fusssohlen frei.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Sichtbarkeit Kopf u. Gesicht
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?		
XX.	1879 62	Theodor Weide.	46	Livland.	Wolmar.	Wilkenhof bei Lemsal.	Müller und Zimmermann.	Verheirathet.	4 Kinder, alle gesund.	Leben nicht mehr, nicht von ähnlichen Hautleiden befallen gewesen.	Will vor 7 und 3 Jahren Gicht und Erysipel durchgemacht haben, hat sich ferner bei seinen Arbeiten verschiedene mechan. und therm. Verletzungen zugezogen, deren Spuren noch an den oberen und unteren Extremitäten zu sehen sind (Narben).	Seit 1 1/2 Jahren störend geworden, hat sich sonst ganz allmählich eingestellt.	Mit Ameisenkriechen u. nachfolgender Gefühlslosigkeit in d. Füßen.	Häufig wiederkehrendes Frösteln. Wiederholtes ungemein starkes Jucken u. Brennen in den unteren Extremitäten und allgemeines Gliederreissen.	Guter Knochenbau, reducirte Musculatur, allerlei Narben, Schuppen u. Pigmentirungen an d. Haut. Häufiges Frösteln im ganzen Körper.	Die Gesichtshaut eine röthlich v. Stelle über d. linke normal; Augen und Wimpern fehlen vielleicht was verdickt
XXI.	1880 106	Trute Laubert.	13	Livland.	Wolmar.	Rujen.	Bauernmädchen.	—	—	Eltern und Geschwister ganz gesund.	Von frühester Kindheit an an Hautausschlägen gelitten, welche nur d. Gesicht verschonten.	Seit 2 Jahren haben sich auch auf dem Gesichte ähnliche Ausschläge gezeigt.	Pat. kann darüber nichts angeben.	—	Im Ganzen gut.	An Stirn u. Wangen wenige, röthlich ver- raube Hautstellen, ist das Gesicht reich Augenbrauen spärlich handen.

Symptome.

Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.				Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. l. Schleimhäute.	Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
<p>Gesichtshaut bis auf röthlich verfärbte über d. linken Aurnal; Augenbrauen Wimpern fehlen, die vielleicht nur etwas verdickt.</p>	<p>An den oberen Extremitäten ist die Haut hier und da, besonders in der Ellbogengegend, verdickt und mit Schuppen bedeckt, nach deren Entfernung d. Corium blosliegt. Ausserdem noch einige unregelmässige Narben, die Pat. auf Verbrennung zurückführt. Die Hände für einen Arbeiter recht abgemagert. Die Haut d. Oberschenkel an d. Hinter-, Vorder- und Innenfläche unregelmässig dunkel pigmentirt, mit rundlichen Narben, Schuppen, Borken und Kratzspuren behaftet. Die Haut der Unterschenkel und Füsse schmutzig rothbraun, infiltrirt und mit Schuppen, Rissen und Borken bedeckt, unter denen blosliegendes Corium; an der linken Tibia eine lineäre, mit der Unterlage verbackene Narbe (nach einem Beilhiebe), an dem rechten Unterschenkel 2 grössere unregelmässige, pigmentirte „Brandnarben“. Sonst noch kleinere Narben nach verschiedenen mechan. Verletzungen.</p>	<p>Am Rumpfe eine grosse Menge verschiedener weisser u. pigmentirter Hautnarben; in den unteren Partien auch roseolartige Flecke, in den oberen noch zerstreute Gruppen von Pityriasis versicolor.</p>	<p>Frei.</p>	<p>Keine.</p>	<p>Sensibilität an den unteren Extremitäten bedeutend herabgesetzt, am meisten an den Fusssohlen dann an den Fussrücken und an d. Knien. Die Innen- u. Hinterfläche d. Oberschenkel ist empfindlicher als d. Vorder- u. Ausenfläche. Am Rumpfe u. an den Oberarmen ist die Sensibilität normal, an d. Vorderarmen ist die innere Seite weniger sensibel als die radiale. An der Stirn über dem linken Auge eine röthlich verfärbte Partie, welche entschieden weniger empfindlich ist als die Umgebung.</p>	<p>22/I — 9/III. Patient erhält innerlich Carbolpillen und Gurjunbalsam. Rp. Balsam. Gurjun. Aq. calcis aa 10,0 3 maltägl. 1 Esslöffel. Rp. Acid. carbol. 1,2 Succ. Liquir. q. s. ut. f. pill. \mathfrak{N}° 20, DS. 3 maltägl. 2 Pillen. Beides wird gut vertragen. Keine Besserung d. Stat. praes. zu constatiren, dagegen Störungen im Allgemeinbefinden, wie Fieber, Kopfschmerzen, Durchfälle, Mattigkeit etc. welche aber flüchtiger Natur sind. Die Wundheilung an der Excisionsstelle per secund. intent. Patient wird auf eigenen Wunsch aus der Klinik entlassen.</p>	<p>Zur Sensibilitätsprüfung dienen Stecknadel, faradischer Strom, Zirkel, Eisstücke und mit heissem Wasser gefüllte Reagensgläser. Oberflächliche Stecknadelstiche werden nicht percipirt, tiefe wohl, Kälte und Wärme wird unterschieden. An den Füssen und Unterschenkeln werden die Zirkelspitzen erst auf $\frac{1}{2}$ Fuss Entfernung gesondert empfunden, die elektrische Reaction der Muskeln ist ungestört erhalten. Der linke Unterschenkel ist unempfindlicher als der rechte; an d. Vorderfläche des linken Unterschenkels ist die Sensibilität besser erhalten als an den Seiten und der Hinterfläche, am rechten Unterschenkel dagegen ist die Vorderfläche der am wenigsten empfindende Theil. Berühren u. Streichen der Haut wird praecis empfunden. Sehnenreflexe normal erhalten. Beim Treten auf breite Treppenstufen will Pat. den festen Boden garnicht empfinden, beim Besteigen einer Sprossenleiter hat er das richtige Gefühl in den Füssen. An den unteren Extremitäten erweisen sich die oberflächlich gelegenen Nervenstämmen an den typischen Palpationsstellen verdickt u. auf Druck schmerzhaft, besonders der N. peroneus rechts am Fibulaköpfchen. An den oberen Extremitäten findet solches nicht statt. Pat. wird zur nochmaligen Untersuchung auf die medicin. Klinik geschickt, dort wird derselbe Stat. praes. notirt. Zur Sicherung der Diagnose wird aus dem linken N. peroneus superf. ein $\frac{1}{2}$ Zoll langes Stück excidirt u. microscopisch untersucht. Macroscopisch zeigt der Querschnitt ausser der Verdickung keine besondere Veränderung. Die microscopische Untersuchung ergibt d. charakteristische kleinzellige Infiltration in circumscribten Herden zwischen den Nervenbündeln und Nervenfasern.</p>
<p>irn u. Wangen einige e, röthlich verfärbte, Hautstellen, sonst s Gesicht rein. Die brauen spärlich vorhanden.</p>	<p>An der Haut beider Oberarme blauröthliche, ausgedehnte Flecke mit Abschilferung der Epidermis; an beiden Ellbogen ist d. Haut derb u. schrundig u. mit Krusten behaftet. An den Vorderarmen und Händen ist die Haut auch trocken u. rissig, trägt noch auf der rechten Handfläche am Thenar u. Antithenar excoriirte Stellen und oberflächliche, mit Krusten bedeckte Geschwüre. Untere Bauchpartie, Nates u. vordere u. hintere Fläche der Oberschenkel mit grösseren blauröthlichen Flecken besetzt, die an d. Peripherie dunkler, im Centrum heller bis weiss sind. An beiden Kniescheiben rundliche, mit Borken bedeckte Excoriationen.</p>	<p>Brust und Rücken frei.</p>	<p>Frei.</p>	<p>Keine.</p>	<p>Alle verfärbten und sonst afficirten Hautpartien sind anaesthetisch, aber nicht complet.</p>	<p>6/III — 29/III. Die afficirten Hautstellen werden mit Friessnitschen Compressen verbunden, auf d. Excoriationen wird Zinksalbe applicirt; es tritt Ueberhäutung ein.</p>	<p>Während der Beobachtungszeit auf d. Klinik springen an d. rechten Handwurzel 2 und am linken Zeigefinger 1 erbsengrosse Pemphigusblase auf, mit gerötheter u. geschwollener Umgebung u. flüssigem u. klarem Inhalte. Dabei ist die Körpertemp. auf 38,0 — 38,3 erhöht. Nach 2—3 tägigem Bestehen bersten die Blasen und hinterlassen einen hellrothen, nässenden Grund, der bei Application von Zinksalbe rasch und vollständig ausheilt, sich selbst überlassen aber mit einer Kruste sich bedeckt, nach deren Abstossung eine narbenartige Hautveränderung zurückbleibt.</p>

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.			Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptom		
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?	Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?		Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleim		
				Kopf u. Gesicht.												Extremitäten.	Rumpf.	
XXII.	1881 51	Michel Pöiw.	44	Livland.	(Hallist.)	In der Umgegend von Dorpat und Fellin.	Landarbeiter und Kutscher.	Verheirathet.	Keine.	Der Vater lebt, ist 70 Jahre alt und gesund, die Mutter schon lange todt, Pat. erinnert sich ihrer kaum. Von d. Geschwistern sind 3 Brüder am Leben und ganz gesund, eine Schwester ist gestorben, aber nicht an einer Hautkrankheit.	Stets gesund gewesen.	Vor 5 Jahren (1876) die Hautveränderungen, vor 4 Jahren (1877) die Sensibilitätsstörungen.	Mit hellen Flecken von verschiedener Grösse, zuerst an d. Beugeseiten, dann an den Streckseiten der Vorderarme, dann auf d. Zehen, zuletzt auf dem ganzen übrigen Körper. Einige Zeit darauf Blasen an d. Fingern, welche barsten, ihren wässrigen Inhalt entleerten und verheilten; kurz vor Weihnachten 1880 wiederholte sich d. Blaseneruption an d. Fingern u. führte allmählich zu deren Verstümmelung. Um dieselbe Zeit entstanden am linken Knie u. in der Analfalte, Pemphigusblasen, nach deren Berstung sich d. Blasengrund in flache Ulcerationen umwandelte.	1880 einige Male klinische allgemeine Krämpfe, sonst Schwäche in den Extremitäten.	Gut.	Stirnhaut schmutzig verfärbt, abschuppend; die Wangen geröthet, mit dunkler Gefässzeichnung.	Rechte obere Extremität: An d. Beugeseite des Vorderarmes eine dunkle Stelle von 9 u. 6 Cm. Durchmesser, in deren Centrum ein heller, weisser Fleck von unregelmässiger Gestalt. D. Haut des Ellbogens wie mit Mehl bestreut, rauh, von Rhagaden durchzogen. Die Hand stark geschwollen (am Metacarpus 28 Cm. Umfang), schmutziggelb, an den Fingern livid roth; diese schwach fleckirt u. aufgetrieben, zeigen Defecte und Ulcerationen, bis auf den V. Finger, der vollständig erhalten. Linke obere Extremität: Der Oberarm magerer als der rechte, dicht über dem Olecranon, ein hellweisser Fleck, am Olecranon selbst eine flache Ulceration. D. Daumen auffallend stark aufgetrieben (10,5 Cm. Umfang) seine Nagelphalanx entblösst u. v. Ulcerationen wie von einem Kranze umgeben. D. übrigen Finger u. deren Haut norm al. D. Haut d. unteren Extremitäten im Ganzen wenig verändert, stellenweis schmutziggrau, mit helleren Flecken abwechselnd. Zu beiden Seiten d. Analfalten dicht über der Glutaefalte ist die Haut in einer Ausdehnung von 7 u. 5 Cm. von einem flachen speckigen Ulcus ergriffen, auf dessen Grunde rothe Fleischwärtchen hervorragen u. dessen Ränder schwarz verfärbt und erhaben sind. Ueber d. linken Patella ein tieferes Ulcus von 4 Cm. Durchmesser mit einer dunkelblaupigmentirten, abschuppenden Stelle links daneben. D. linke Unterschenkel und Fuss dicker u. dunkler als der rechte, von deutlichen Venensträngen durchzogen. An d. Sohle dicht unter d. grossen Zehe ein flaches Geschwür von 4 Cm. Durchmesser.	Brust, Bauch und Rücken haben ein scheckiges Aussehen, tragen grosse weisse, unregelmässig geformte Flecke, welche von einem 1/4—1/2 Cm. breiten, schmutzigbraunen Saume umgeben sind; im Centrum sind diese Flecke glänzend weiss und schuppen leicht ab. Die Brustwarzen sitzen im Centrum solcher Flecke. Unter dem Sternum ist d. Haut dunkel pigmentirt. Auf beiden Schulterblättern sitzen inmitten solcher weisser Hautstellen je ein dunkel pigmentirter, bläulichbraun glänzender Fleck von 3—5 Cm. Durchmesser.

Hiezu
1 Bild
auf
Taf. II.

m e.			Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.
emhaute.	Mutilationen.	Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.		
Mund- und Rachenhöhle.				
Frei.	Der rechte Zeigefinger fehlt vollständig, ist früher einmal amputirt worden. Am rechten Daumen fehlt das Nagelglied, statt dessen ein nässendes Geschwür; am 3. und 4. Finger ist die Nagelphalanx mit dem Nagel schwarz verfärbt, dem Abfallen nahe. Am linken Daumen fehlt der fleischige Theil d. Nagelphalanx, der Knochen ragt hervor. An d. Füssen keine Mutilationen.	Die Stirn mit Ausnahme einer kleinen Stelle über dem rechten Augenhohlenrande anaesthetisch, desgleichen die linke Wange und die Nase; auf der rechten Wange ist die Sensibilität nur herabgesetzt. Die entfärbten, dunkel umrandeten Partien am Rumpfe grösstentheils anaesthetisch, hier und da noch normale oder auch schon abgeschwächte Empfindlichkeit. Auch an den Extremitäten sind die ergriffenen Hautpartien theils vollständig, theils unvollständig anaesthetisch.	15/I—3/III. Decoct. lignor. innerlich, Pfundj pro die, ohne Erfolg. Warme Bäder und feuchter Verband auf die wunden Stellen. D. Ulcus in der Analfalte ist auf der linken Backe mit Hinterlassung einer bläulichen, abschuppenden Narbe verheilt, rechts hat es an Umfang bedeutend abgenommen.	Die Zahl und Form der grosse weissen Flecke am Rumpfe ist nicht zu bestimmen, da mehrere mit einander confluiren, andere eine undeutliche Begrenzung zeigen und allmählich in d. normale Haut übergehen. Masse d. Flecke im grössten u. kleinsten Durchmesser. Unterhalb der rechten Brustwarze = 22 Cm. u. 3—7 Cm., daneben links = 9 Cm., beide horizontal gerichtet. D. rechte Brustwarze inmitten eines Fleckes v. = 16 Cm. u. 11 Cm., die linke . . . = 11 Cm. u. 9 Cm., hinten v. Nacken herab . . . = 11 Cm. u. 8 Cm., auf der rechten Scapula . . . = 18 Cm. u. 9 Cm., auf der linken Scapula . . . = 5 Cm. u. 3 Cm., unter d. rechten Scapula . . . = 15 Cm. u. 7 Cm., an d. linken Seite beginnend u. auf den Rücken sich erstreckend ein Fleck von . . . 28 Cm. u. 8 Cm., Es lässt sich nicht constatiren, dass d. Localisation der Flecke sich an den Verlauf bestimmter Nerven hält; verdickte Nervenstämme sind auch nirgends durchzufühlen. Während der Beobachtungszeit treten nacheinander, ohne vorausgehende Allgemeinerscheinungen, am kleinen Finger der linken Hand 1 und an der rechten Scapula 2 mandelgrosse Blasen auf, die ein bis zwei Tage anstehen, dann spontan bersten, eine trübe Flüssigkeit entleeren und flache Ulcerationen hinterlassen. Das Allgemeinbefinden des Pat. in zwischen gut. Pat., schon seit 4 Jahren augenleidend, ist auf der hiesigen Augenklinik wegen eines hochgradigen Ectropiums des rechten Auges operirt worden; links besteht noch ein geringes Ectropium des unteren Lides. Conjunctiva bulbi et palpebrar. gerothen, Cornea trübe, d. Iris beider Augen, besonders aber d. linken, weisslich verfärbt, Pupillen frei. Beständiges Thranentraufeln, stark herabhängende obere Lider, Cilien nur sehr spärlich vorhanden. Sehschärfe auf dem rechten Auge stark herabgesetzt, links garnicht mehr vorhanden.

Fall.	Jahr und Nummer im Krankenjournal.	Namen der Patienten.	Alter.	Heimath.		Aufenthaltsort.	Lebensweise und Beschäftigungsart.	Verheirathet oder unverheirathet.	Nachkommen.	Vorfahren und Verwandte.	Gesundheitszustand bis zum Beginn d. gegenwärtigen Leidens.	Beginn des gegenwärtigen Leidens.		Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Kopf	
				Gouvern.	Kreis.							Wann begonnen?	Mit welchen Symptomen u. i. welcher Reihenfolge?			Sind Allgemeinerscheinungen vorausgegangen?
XXIII. Hiezu 2 Bilder auf Taf. I und 1 Bild auf Taf. II.	1882 60	Friedrich Kriwitz.	25	Livland.	Pernau.	Tignitz.	Landmann.	Unverheirathet.	—	Vater lebt, ist gesund, Mutter todt, litt nicht an einer solchen Krankheit. Von Verwandten ist der Bruder gesund, mehrere Vetter aber u. eine Cousine leiden an derselben Krankheit.	Seit seinem 7. Lebensjahre nicht mehrganz gesund gewesen. In das 7. Jahr verlegt Pat. auch den Beginn seines jetzigen Leidens.	Vor 18 Jahren (1864).	Mit kleinen hellen Flecken an Stirn u. Abdomen; d. Flecke vergrösserten sich und breiteten sich allmählich auch auf die übrigen Körpertheile aus. Vor 2 1/2 Jahren seien d. Geschwüre an d. Füssen aufgetreten.	Sind nicht vorausgegangen.	Sehr gut.	An Stirn, Wangen kleine Flecke markirt über d. Nase was hervordern. Auglich
XXIV. Hiezu 2 Bilder auf Taf. III.	1882 143	Awdotja Leksatjewa.	22	Livland.	Dorpat.	Tschorna am Peipusufer.	Bauernmädchen.	Unverheirathet.	—	—	Stets gesund gewesen.	Vor 5 Jahren (1877).	Mit Blasen an dem linken Unterschenkel, welche eine klare, helle Flüssigkeit entleerten und zu glänzenden Narben verheilten. Im Laufe der Zeit immer wieder Blasen mit Hinterlassung von rothen, später erblassenden Narben.	Sind nicht vorausgegangen u. überhaupt nicht beobachtet worden.	Gut.	

Allgemeine Körperbeschaffenheit.	Symptome.					Aufenthalt auf d. Klinik, Therapie u. deren Erfolg.	Bemerkungen.	
	Sichtbare und tastbare Veränderungen der Haut und der Schleimhäute.				Mutilationen.			Sensibilitätsstörungen d. Haut u. d. Schleimhäute.
	Kopf u. Gesicht.	Extremitäten.	Rumpf.	Mund- und Rachenhöhle.				
Sehr gut.	An Stirn, Nasenrücken u. Wangen braunpigmentirte Flecke mit wellenförmig gezeichneten rothbraunen, über d. Niveau d. Haut etwas hervorragenden Rändern. Augenbrauen reichlich vorhanden.	Beide Schultern von hellen, Landkarten ähnlichen Zeichnungen bedeckt; desgleichen beide Oberarme, wo man das Entstehen d. grösseren Hautzeichnungen durch's Zusammenfliessen kleinerer heller Flecke deutlich verfolgen kann. An beiden Ellbogen 2 dicke Narben. An den Vorderarmen nichts Besonderes. Beide Nates sind bis zur Crista ilei hinauf (namentlich links) eine weisse Fläche, die von einer wellenförmigen Grenze umgeben wird. Sonst gilt für die Hautveränderungen an den Beinen dasselbe Verhalten wie an d. Armen. An den Fusssohlen: rechts den Metatarsalköpfchen I und V entsprechend, links am Metatarsalköpfchen I und an der Ferse — 1 1/2 bis 2 1/2 Cm. tiefe und 2 bis 5 Cm. breite kraterförmige Geschwüre mit unreinem Grunde und callösen Rändern.	Am Rumpfe vereinzelte, nicht symmetrisch geordnete, grössere weisse Hautpartien; an d. Grenze zwischen Nacken u. Rücken, gerade in der Medianlinie ein glänzend weisser Fleck von 4–5 cm. Durchmesser, d. sich scharf von d. dunklen Umgebung abhebt.	Frei.	An der rechten Hand fehlt die 3. Phalanx d. Zeigefingers und an der linken fast der ganze kleine Finger; alle übrigen stehen im I. Phalangealgelenk in starrer, rechtwinkliger Flexion.	Die Sensibilität ist an d. pigmentlosen Hautpartien theils ganz geschwunden, theils nur herabgesetzt, am Rumpfe ist sie noch am besten erhalten; an d. Fersen u. d. Fussrücken völlige Anaesthesie. Bei d. Untersuchung d. ganzen Körpers mit der Nadel erweist es sich, dass viele anscheinend normale Hautstellen eine abgeschwächte Sensibilität besitzen.	7/II — 20/IV. Creosotpillen innerlich, auf d. Geschwüre d. Fusssohlen Jodoformverbände. D. Geschwüre reinigen sich bald u. gelangen allmählich zur vollständigen Verheilung. Dazwischen nimmt Pat. einzelne warme Vollbäder. Sonst bessert sich im Stat. praesens nichts.	Das Allgemeinbefinden durchgehends gut, die Creosotpillen, 4 pro die, werden gut vertragen. Am 10. April treten ohne Fieber u. sonstige Allgemeinerscheinungen an d. 2. rechten Daumenphalanx u. am Antithenar 2 walnussgrosse Blasen auf, mit klarem flüssigem Inhalte, welchen die am Daumen nach ein paar Tagen spontan entleert; die andere Blase schrumpft ohne zu platzen. Die Blase am Daumen verheilt unterm Schorfe zu einer pigmentlosen dünnen Narbe. D. Defecte an den Fingern d. rechten Hand sind im Laufe d. Krankheit durch geschwürige Processe entstanden. An der linken Hand keine Defecte. Den Abbildungen nach zu urtheilen, tragen Gesicht und Rücken vereinzelte kleine Knoten u. Flecke, d. wohl nach leprösen aussehen, in dem klinischen Krankentagebogen aber nicht angeführt worden sind.
Gut.	Frei.	Weisse, glänzende und blassrothe Narben an den Schultern, Ellbogen und den ulnaren Seiten der Vorderarme, ziemlich symmetrisch. Auf dem rechten Handrücken ein der ganzen Ausdehnung des Daumenmetacarpus aufsitzendes schmutziges Geschwür, daneben einige mit klarer Flüssigkeit prallgefüllte, mandel- u. erbsengrosse Blasen. An beiden Händen sind die Finger aufgetrieben und gekrümmt, können nicht gestreckt werden, nur die beiden Mittelfinger sind ganz gestreckt und können wiederum nicht flectirt werden. — An d. rechten Hinterbacke eine nahezu handgrosse, strahlige, glänzende Narbe, eine etwas kleinere an der Hinterfläche des linken Oberschenkels; vorn am rechten Ober- und Unterschenkel 1/2 Fuss lange hellglänzende Hautnarben. Sonst noch mehrere kleine weisse Narben an d. Nates u. unteren Extremitäten. Die Füsse stark geschwollen, an den Ballen der grossen Zehen tiefe, bis dicht an den Knochen dringende Geschwüre von der Grösse einer Erbse; ein etwas grösseres Geschwür mit wunder Umgebung an der linken Ferse.	Auf Brust u. Rücken weisse, Landkarten ähnliche Zeichnungen und mehrere weissglänzende und rothe Narben von der Grösse einer Mandel.	Frei.	Am rechten stark aufgetriebenen Daumen fehlt die Nagelphalanx, desgleichen an beiden in starrer Extensionsstellung verharrenden Mittelfingern. Nach Angabe der Pat. sollen diese Phalangen vor 2 Jahren sich abgestossen haben. Die anderen Finger beider Hände sind im I. Phalangealgelenk beständig flectirt.	Auf d. weissen Flecken ist d. Sensibilität normal erhalten, auf d. Narben unbedeutend herabgesetzt, an d. Fingern u. Zehen schon mehr; vollständige Anaesthesie nirgends nachzuweisen.	9/IV — 1/V. Creosotpillen, 3 pro die, ohne jeglichen Erfolg.	An der Pat. sind keine Lymphdrüenschwellungen zu constatiren.

Von den 24 Leprafällen gehören also

der tuberösen Form an 11,

„ anaesthetischen „ „ 5, bei

8 handelt es sich um eine

Combination beider Formen.

Von den 11 mit Lepra tuberosa waren . . . 9 männlichen Geschlechts,

2 weiblichen „

Von diesen begann bei 1 Pat. die Krankheit im 2. Lebensjahr,

„ 1 „ „ 10. „

„ 7 „ „ 21—30. „

„ 2 „ „ 31—40. „

11 P.

Von den 8 Kranken mit der combinirten Form der Lepra waren

männlichen Geschlechts 6,

weiblichen „ 2.

Bei 1 Pat. begann die Krankheit im 12. Lebensjahr,

„ 3 „ „ 21—30. „

„ 4 „ „ 31—40. „

8 P.

Von den 5 Kranken mit Lepra anaesthetica waren

männlichen Geschlechts 3,

weiblichen „ 2.

Bei 1 Pat. begann die Krankheit im 7. Lebensjahr,

„ 1 „ „ 11. „

„ 1 „ „ 17. „

„ 2 „ „ 39—44. „

5 P.

Die Gesamtzahl vertheilt sich also auf 18 männliche Individuen und

6 weibliche „ ;

von diesen erkrankten 3 im Alter von 1—10 Jahren,

„ „ 3 „ 11—20 „

„ „ 10 „ 21—30 „

„ „ 7 „ 31—40 „

„ „ 1 „ 44 „

24

Am frühesten trat die Krankheit im 2. Lebensjahr auf (Fall II), am spätesten im 44. (Fall XX), am häufigsten wird das Alter von 20—30 Jahren befallen. Ver-

gleichen wir hiemit die entsprechenden Zahlen aus der Bergmann'schen¹⁾ Arbeit, so finden wir zunächst, dass von 23 von Wachsmuth und Bergmann gesammelten Leprafällen 15 der tuberösen Form angehören,

4 „ anaesthetischen und

4 „ Combination beider Formen;

davon 12 männlichen und

11 weiblichen Geschlechts;

in 1 Falle	begann die Krankheit im Alter von	6 Jahren,
„ 7 Fällen	„ „ „	11—20 „
„ 6 „	„ „ „	21—30 „
„ 4 „	„ „ „	31—40 „
„ 3 „	„ „ „	41—50 „
„ 1 Falle	„ „ „	51—60 „
„ 1 „	„ „ „	61 „

Das früheste Alter, in welchem die Krankheit aufgetreten, war also das 6., das späteste das 61., die am häufigsten befallene Altersperiode das 2. Decennium, das allerdings nur um 1 Patienten das 3. übertrifft. Addiren wir unsere und Bergmann's Zahlen, so haben wir wiederum für's 3. Altersdecennium die meisten Patienten, nämlich 16, nächst dem für's zweite, nämlich 10.

Hinsichtlich der Nationalität gehören von unseren 24 Patienten an:

der estnischen: 15 (bei Bergmann 12)

„ lettischen: 4 („ „ 4)

„ russischen: 3 („ „ 7)

„ deutschen: — („ „ —)

den Juden: 2 („ „ —)

Verheirathet sind 11 Patienten, unverheirathet auch 11, bei 2 ist das unbestimmt geblieben. 2 Ehen sind kinderlos (Fall X u. XXII), in einer einzigen Ehe (Fall I) ist ein erblich belastetes Kind unter mehreren vollständig gesunden Geschwistern zu notiren, in den übrigen 8 Ehen mit bis zu 6 Kindern sind alle Kinder gesund. Von den Wachsmuth-Bergmann'schen Patienten waren 11 verheirathet, 2 Ehen kinderlos, in 7 Ehen gab es nur gesunde Kinder, in 2 Ehen hatte sich die Lepra weiter vererbt, und in beiden handelte es sich um ein lepröses Kind unter 5 nicht leprösen,

Erblichkeitsmomente lassen sich bei unseren Patienten nur in 4 Fällen constataren: in Fall I u. II sind Mutter und deren jüngstes zweijähriges Kind in der Zahl der vorgeführten Patienten; in Fall VI wird die stricte Aussage gemacht, dass die ältere Schwester des Patienten, seine Mutter sowie deren Schwester von derselben Haut-

1) Bergmann l. c p. 222.

krankheit befallen sind; in Fall XXIII verlaudet dasselbe von mehreren Vettern und einer Cousine des Patienten. Für die Richtigkeit dieser Angaben spricht noch der Umstand, dass die beiden letzten Patienten aus Tignitz, dem Pernauschen Kreise Livlands, stammen, einer Gegend, wo Lepra sehr häufig beobachtet wird. Im Falle XIX giebt Patientin an, dass ihre Mutter an derselben Krankheit gelitten haben soll. Ausserdem scheint mir noch der Bruder des Patienten XVIII auf beginnende Lepra verdächtig zu sein, denn es fiel an ihm (er war als Begleiter des kranken Bruders auf die Klinik mitgekommen) eine intensiv braunrothe Verfärbung der zugleich etwas verdickten Stirnhaut auf; sie occupirte hauptsächlich die Gegend dicht über den wohl-erhaltenen Augenbrauen und erwies sich auf Nadelstiche weniger empfindlich als die normal gefärbte Umgebung. Sonst ergab die sorgfältigst vorgenommene Totalunter-suchung des Patienten gar keine auf Lepra hindeutenden Symptome. Der Verdacht auf Lepra wird dadurch noch wesentlich verstärkt, als Patient aus einer wahren Brut-stätte der Lepra Livlands, wie wir es später sehen werden, stammt, nämlich aus Tar-wast, einem am westlichen Wirzjärwufer belegenen Kirchspiele des Fellinschen Kreises.

Zu erwähnen wäre noch, dass in keiner der 11 Ehen beide Gatten von der Lepra ergriffen sind und auch sonst lassen sich gar keine für Contagiosität der Lepra sprechende Momente ausfindig machen.

Von den 24 Patienten stammen aus:

	Livland	17
	Estland	5
	Kurland	1
	dem Gouvernement Petersburg	1
	(östliches Peipusufer)	
		24

Gehen wir nun zur Analyse unserer Leprafällen über und zunächst zu der der tuberösen Formen.

Nach den Beobachtungen und Schilderungen von Danielssen und Boeck¹⁾ beginnt die Lepra tuberosa mit einem Prodromalstadium, das sich durch hochgradige Mattigkeit, Schläfrigkeit, Gemüthsverstimmung, durch flüchtige Schmerzen in den Gliedern, durch Verdauungsstörungen und leichte Fieberbewegungen äussert und mehr weniger lange Zeit anhält. Dann folgt eine mit starkem Hitze- oder Frostgefühl verbundene Flecken-eruption, mit der die Prodromi bedeutend nachlassen. Diese Flecke sind aber nicht stationär, sondern werden es erst nach wiederholtem Verschwinden und Wiederauftauchen, welcher Vorgang sich über viele Monate, ja etliche Jahre ausdehnen kann. Inzwischen

1) l. c. pg. 194 u. ff.

dauern die Allgemeinerscheinungen mit wechselnder Intensität an und verschwinden erst mit dem Stationärwerden der Flecke. Aus diesen Flecken entwickeln sich Knoten, welche anfangs nur die äussere Haut, später aber auch die Schleimhäute occupiren. Einige von den Knoten bilden sich dann später unter Abschuppung wieder zurück, andere zerfallen zu eitrigen torpiden Geschwüren und bedingen dadurch verschieden hochgradige Zerstörungen der Haut und der Schleimhäute, wodurch das Schlingen, Sprechen, Athmen und Sehen sehr erschwert, bisweilen unmöglich gemacht wird. Der Kranke verfällt so einer langdauernden Kachexie und beschliesst endlich sein trauriges Dasein unter den Erscheinungen eines hochgradigen Marasmus mit colliquativen Diarrhöen.

Neben diesem regelmässigen chronischen Verlaufe, der auf $9\frac{1}{2}$ Jahre durchschnittlich berechnet wird, kommt nach Danielssen und Boeck ausnahmsweise noch ein acuter vor, der bei ungemein gesteigerter Intensität derselben Symptome wie beim chronischen in wenigen Wochen mit einer tödtlichen Pneumonie, Pleuritis oder Meningitis abschliesst. Solcher acuter Fälle haben Danielssen und Boeck bei ihrem kolossalen Materiale nur 4 beobachtet.

Ein dem eben Geschilderten entsprechender chronischer Verlauf tritt uns auch aus den Krankengeschichten unserer Leprösen der rein- und gemischt-tuberösen Form entgegen. Endstadien mit letalem Ausgange unter Marasmus und colliquativen Diarrhoeen haben wir allerdings in keinem einzigen Falle beobachtet, — unsere Patienten bleiben eben nicht so lange im Spitale und könnten es schlechterdings auch nicht, denn mit der Klinik ist keine Leproserie verbunden; — doch können wir auch für unsere Lepra einen solchen Ausgang acceptiren, die bereits stark kachektische Patientin XIII weist mit Sicherheit darauf hin. Wachsmuth, Bergmann und Dehio haben auch keine Endstadien gesehen, Bergmann's Fall XIV war allerdings schon arg geschwächt, starb aber an einem intercurrenten Erysipel und Dehio's Fall I verschied bei noch gutem Allgemeinzustande plötzlich unter den Erscheinungen der Larynxstenose.

In 13 von unseren 19 Fällen finden sich auf Prodromi bezügliche Angaben, in 5 Fällen (VI, VII, X, XI, XVII) erinnern sich die Patienten ihrer nicht mehr oder wollen sie überhaupt nicht bemerkt haben; in einem Falle (III), bei dem zweijährigen Kinde, ist auf ihre Ermittlung a priori nicht zu rechnen gewesen. —

Bergmann sagt von seinen Fällen, dass bei ihnen ein Prodromalstadium, wie es Danielssen und Boeck beschreiben, fast durchgängig fehlt, die von einigen seiner Kranken gemachten Angaben über ein initiales Fieber mit Kopfschmerz etc. beziehen sich nur auf das nach Danielssen und Boeck von den Prodromis ausdrücklich zu scheidende Eruptionsfieber. — Nicht so in unseren Fällen, drei Viertel unserer Patienten geben Fieberbewegungen, Kopfschmerz, Mattigkeit, Gliederreissen, Brennen und Jucken der Haut und dergl. mehr an, das der Eruption der Flecken und Knoten längere oder kürzere Zeit vorausgegangen sein soll; Patienten III und VIII machen sogar sehr prä-

eise Aussagen und unterscheiden sehr wohl Prodromal- und Eruptionsfieber. Ich glaube also doch für unsere Lepra das Vorkommen eines Prodromalstadiums im Sinne Danielssen's und Boeck's constatiren zu dürfen, wenn ich auch zugebe, dass es bei der mangelhaften Intelligenz des Landvolkes in manchem Falle fraglich ist, ob das angegebene Fieber etc. wirklich der Prodromalzeit angehörte oder ob es nicht ein gewöhnliches Eruptionsfieber gewesen ist. Bei Danielssen und Boeck fehlen in den Krankengeschichten auch hier und da auf das Prodromalstadium bezügliche Angaben, und führen das die beiden Forscher gleichfalls auf mangelhafte Intelligenz ihrer Patienten zurück (Vergl. hiezu l. c. p. 194).

Die anamnestischen Angaben der Patienten III und VIII und unsere eigene Beobachtung an der Patientin V, bei der während des Aufenthaltes auf der Klinik heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten mit leichten Fieberbewegungen auftraten und wieder schwanden, ohne dass neue Flecke oder Knoten hervorbrachen, — diese beweisen, dass sich auch bei unserer Lepra wie bei der norwegischen die Allgemeinerscheinungen, namentlich das Fieber, im Verlaufe der Krankheit wiederholen können, doch nicht nur dann, wenn schubweise neue Flecken- oder Knoteneruptionen folgen, wie es Bergmann¹⁾ für seine Fälle anführt, wohl aber meistens dann.

Als erste Erscheinungsform werden in 13 von unseren 19 Fällen Flecke, in 6 (I, VII, VIII, X, XI, XVI) Knoten und Hautverdickungen angeführt. Sowohl Flecke wie Knoten treten zuerst bald im Gesicht, bald an den Extremitäten auf und verbreiten sich von hier aus über die übrigen Körpertheile, wobei der Rumpf gewöhnlich zuletzt ergriffen wird; nur in zwei Fällen (XII und XIII) wird der ganze Körper auf einmal von den Flecken bedeckt. Im Falle XIV vermag der Pat. das erste Invasionsgebiet nicht zu bestimmen, dass es aber Flecke waren, die er als erstes Symptom bemerkt hat, dessen erinnert er sich genau. — Ob nun diese Flecke gleich nach ihrem ersten Erscheinen stationär geworden sind oder erst nach wiederholtem Verschwinden und Wiederauftauchen, das ist von unseren Patienten nicht zu erfahren, und haben wir das auch selbst niemals beobachtet. Dass aber mit dem Ausbruche der Exantheme die Prodromalleiden weichen, das trifft auch für unsere Fälle zu, denn nahezu alle Patienten, welche Prodromalangaben gemacht haben, fühlten sich zur Zeit der Vorstellung und Untersuchung auf der Klinik, was mit dem Blüthestadium der Exantheme zumeist zusammenfiel, im Allgemeinen recht wohl, nur der bereits sechs Jahre lang kranke, arg entstellte Patient VII klagt über nagende Schmerzen in den Unterschenkeln und Zehen; diese hängen aber gewiss nicht mehr mit den Prodromis zusammen.

Bergmann¹⁾, der bei seinen Patienten kein Prodromalstadium hat constatiren können, erfährt auch nichts von einer solchen subjectiven Erleichterung, doch will er

1) Bergmann: l. c. pag. 224.

2) Bergmann: l. c. pg. 224.

das nur auf die Mangelhaftigkeit der von den Patienten zu eruirenden Anamnese zurückzuführen.

Die Flecke an unseren Patienten sind von verschiedener Färbung, von blassroth bis braunroth und von gelbbraun bis ganz dunkelbraun, ihre Grösse von der eines Hanfkorns bis zu der einer Linse und Erbse; grössere, handflächengrosse und dabei ganz dunkel gefärbte, die als *Morphea nigra* bezeichnet worden, haben wir nur in dem einen Falle VIII beobachtet: Patientin hatte sie an der Aussenseite beider Unterschenkel, links ist auf dem Flecke, genau entsprechend den Angaben von *Danielssen* und *Boeck*¹⁾, ein grösseres atonisches Ulcus entstanden und rechts ist der Fleck mit der Zeit etwas scheckig geworden. *Bergmann* hat solche Morpheaeflecke an seinen Patienten nicht gesehen²⁾.

Die Flecke sassen bald disseminirt, bald isolirt, bald zu Gruppen geordnet und mit auffallender Regelmässigkeit auf beide Körperhälften symmetrisch vertheilt. An den Extremitäten occupirten sie vorwiegend die Streckseiten; die behaarte Kopfhaut, die Handflächen und die Fusssohlen liessen sie immer frei. Dabei erhoben sie sich nur selten und nur sehr wenig über das Niveau der Haut und verschwanden für gewöhnlich nicht unter dem Fingerdrucke. Flecke ganz allein haben wir an keinem einzigen Patienten beobachtet, stets waren sie mit Knoten vergesellschaftet; ausserdem fanden sich noch papelartige, sich derber als die Umgebung anfühlende, gelbbraun bis braunroth gefärbte Gebilde, welche sich ganz wie Uebergangsstufen von Flecken zu Knoten ausnahmen.

Aus den Flecken sollen ja auch Knoten werden, so verlangen es die beiden norwegischen Beobachter, so berichten es auch mehrere unserer Patienten, namentlich die IV, XV, XVIII, welche ausdrücklich bemerken, dass ihre Flecke in Knoten übergegangen seien; andere erinnern sich eines solchen Ueberganges nicht mehr, wissen aber genau, dass den vorhandenen Knötchen und Knoten Flecke vorausgegangen sind. Nur die Patienten I, VII, VIII, X, XI wollen von vornherein Knötchen und Knoten und keine Flecke an sich bemerkt haben, — das mag auch schon so gewesen sein, denn wir finden an den Patienten I, VII, X und XI keinen einzigen charakteristischen leprösen Fleck, am Pat. VIII dagegen wohl welche (an Rumpf und Extremitäten); — bei diesem wird es sich wahrscheinlich wohl um eine ungenaue Beobachtung handeln. Uebrigens geben auch von *Wachsmuth's* und *Bergmann's*³⁾ Patienten einige ausdrücklich an, dass das erste Symptom ihrer Krankheit ein Knoten gewesen sei. Nach *Danielssen* und *Boeck* aber geht dem Knoten stets ein Fleck voran. Ob es sich also in unseren vier obengenannten Fällen auch nur um eine ungenaue Selbstbeobachtung handelt oder ob hierin unsere Lepra eine Variation der norwegischen gegenüber aufweist, wie es *Bergmann*

1) *Danielssen* und *Boeck*: l. c. pg. 205.

2) *Bergmann*: l. c. pg. 224.

3) *Bergmann*: l. c. pg. 226.

anzunehmen scheint, wage ich meinen Erfahrungen nach nicht zu entscheiden. Bergmann führt noch Wolff¹⁾ und Pruner²⁾ an, die bei der Lepra auf Madeira und in den Tropen neben der gewöhnlichen Fleckeneruption auch eine initiale Knoteneruption beobachtet haben.

Die Knoten nun, dieses so charakteristische Symptom der weitaus meisten unserer Patienten, nehmen fast nur das Gesicht mit Einschluss der Stirn und die Extremitäten ein. Der Hauptsitz ist die Stirn, besonders die Augenbrauengegend; hier geht die Umwandlung aus den Flecken am ehesten und vollständigsten vor sich: die Flecke springen vor, confluiren, fühlen sich dicker an, dadurch wird die Stirn gewulstet und tief und starr gefurcht. Die stärksten Wülste sitzen an Stelle, der entweder schon ganz verloren gegangenen oder nur noch kümmerlich erhaltenen Augenbrauen, auf und in den Wülsten sieht und fühlt man die Knoten. Wo auch die Wangen, die Nase und der Mund Knoten und Wülste tragen, da gewinnt das Gesicht den besonderen Ausdruck der *Facies leoniña*, die allen Leprösen eine gewisse Aehnlichkeit von einander giebt. Besonders charakteristisch ist diese *Facies leonina* bei unseren Patienten I, IV, VII, IX, X, XIII, XVIII. In den Fällen X und XIX sitzen auch an den Ohrmuscheln Knoten, im Falle IV sind die Ohrläppchen zu eiförmigen derben Knollen aufgetrieben. In keinem einzigen Falle ist das Gesicht frei geblieben; waren Knoten überhaupt vorhanden, so trug sie auch das Gesicht, resp. die Stirn, und gewöhnlich waren sie hier besser entwickelt, als an den Extremitäten; eine Ausnahme hiervon macht nur Fall XI, wo das Gesicht das zuletzt und unlängst (seit 8 Monaten) ergriffene Gebiet ist. An den Extremitäten occupiren die Knoten hauptsächlich die Streckseiten, insbesondere Knie, Ellenbogen und *Dorsum carpi, manus et pedis*, — die Handflächen lassen sie stets frei, die Fusssohlen meistens, nach Danielssen, Boeck und Bergmann auch stets, wir sehen aber bei unseren Patienten VI, VII, X und XI in der Haut der Fusssohlen Knoten und Höcker stecken, die denen an den Unterschenkeln und Fussrücken doch so weit ähnlich sind, dass wir sie gleichfalls für lepröse halten müssen. Durchweg verschont von der leprösen Degeneration ist die behaarte Kopfhaut, darin decken sich unsere Beobachtungen mit denen von Danielssen, Boeck und Bergmann vollständig; der Patient VII hat allerdings eine gänzlich haarlose und mit zahlreichen Narben bedeckte Kopfhaut, doch rührt das von den in der frühesten Kindheit überstandenen scrophulösen Geschwüren und nicht von der Lepra her, die erst im 12. Lebensjahre begann. — Ungleich weniger als Gesicht und Extremitäten leidet der Rumpf, der in 4 Fällen (I, II, VI, VII) ganz frei geblieben ist, in 4 weiteren Fällen (III, V, X, XVII) nur an den Brustwarzen und sonst hier und da vereinzelte Knoten trägt und in den übrigen 11 Fällen nur mit Flecken und etlichen

1) Wolff: Virch. Arch. Bd. 26, pg. 56.

2) Pruner: Krankheiten des Orients, pg. 164.

Narben behaftet ist. Die Haut des Rumpfes muss ein sehr spätes, vielleicht das späteste Invasionsgebiet sein, und der lepröse Prozess hier besonders träge verlaufen, — das geht auch aus den Schilderungen von Danielssen und Boeck hervor. Nur in 5 Fällen (III, IX, X, XI, XVIII) finden sich Notizen über lepröse Veränderungen an den äusseren Geschlechtstheilen, fast nur Knoten an Penis, Scrotum, Testis und Epididymis. Bei Bergmann habe ich gar keine diesbezüglichen Angaben gefunden, bei Danielssen und Boeck wohl und zwar unseren entsprechende.

Die Knoten sind ihrer Grösse nach linsen-, erbsen- bis wallnussgross, ihre Farbe wechselt zwischen blassem Roth und ganz dunklem Braun, mit allen nur denkbaren Abstufungen dazwischen; bisweilen sind die Knoten geradezu bronzefarben und verleihen dann auch dem ganzen Gesicht diesen Teint. Je älter und prominenter der Knoten ist, desto mehr braun bis bronzefarben die Nüance seiner Färbung, je jünger und flacher, desto mehr röthlich. Der Form nach sind die Knoten bald niedrig und flach, bald stark vorspringend und kugelig, besonders in der Glabella und den Augenbrauengegenden, wo sie bisweilen nahezu polypenartig gestielt am Augenhöhlenrande herabhängen, wie z. B. bei dem Patienten XVIII. Dagegen sitzen sie manchmal in der Cutis so versteckt, dass sie mehr dem palpirenden Finger als dem Auge zugänglich sind, wie z. B. an der Unterlippe des Patienten IX und an den Wangen des Patienten VIII.

Die Consistenz der Knoten ist eine derbweiche, entweder gleichmässig über den ganzen Knoten oder, dadurch dass die Mitte schon anfängt sich zu erweichen, ungleichmässig. Die flachen Einlagerungen sind durchweg härter als die prominirenden Knoten. Consistenz, Form und Farbe hängen häufig von dem Orte ihres Sitzes ab: an den Schultern, Nates und den hinteren Flächen der Oberschenkel, wo sie beständigem Drucke ausgesetzt sind, sind sie niedriger, weicher und heller, — an den Vorderarmen, Handrücken, Unterschenkeln und namentlich im Gesicht vorspringender, derber und dunkler. —

Auffallend ist auch an der Knoten- wie an der leprösen Fleckeneruption die symmetrische Vertheilung auf beide Körperhälften, die in manchen Fällen, wie z. B. X und XVIII geradezu frappant ist.

Die successiven Veränderungen, denen die leprösen Knoten unterliegen, und die Danielssen und Boeck in ihrem berühmten Werke so ausführlich beschreiben, haben wir an unseren Patienten nicht verfolgen können, dazu haben wir sie eben zu kurze Zeit in der Beobachtung gehabt; doch können wir den Gang dieser Veränderungen an der Hand der norwegischen Schilderungen aus den verschiedenen Bildern, unter denen sich die Knoten an ein und demselben und an mehreren Patienten zu gleicher Zeit präsentiren, mit ziemlicher Genauigkeit erschliessen. Wir sehen häufig an ein und demselben Patienten einen Theil der Knoten in Abschuppung begriffen, einen

anderen Theil mit Borken und Krusten bedeckt, unter denen ein oberflächlicher Geschwürsgrund steckt, einen dritten Theil offene atonische Geschwüre mit mürbem, zerfallendem Granulationsboden und spärlicher Sekretion tragen. Daneben finden sich an anderen Patienten auch grössere Ulcera mit callösen, steilen und dünnen untermirten Rändern und speckigem, mit Blutaustritten durchsprinkeltem Grunde; manche dieser Geschwüre sind kreisrund, andere ganz unregelmässig geformt. Das Sekret ist in der Regel ein ziemlich spärliches, aber corrosives, denn die nächste Umgebung der Geschwüre ist gewöhnlich erodirt. Sehr grosse flächenhafte Geschwüre kamen nur in 2 Fällen vor (IV u. XIII), der Umfang der anderen ging nur selten über den eines kupfernen Fünfkopekenstückes hinaus.

Ausserdem finden sich noch allerlei grössere und kleinere, derbere und zartere Narben, dunklere und hellere, darunter ganz weisse, glänzende Hautstellen, keloidartige, lividgefärbte Auftreibungen und dergl. m. — Alles das sind nach den Beschreibungen von Danielssen und Boeck verschiedene Stadien der regressiven Metamorphose der leprösen Knoten und Hautverdickungen, welche häufig an ein und demselben Patienten gleichzeitig zu sehen sind. Bei der langsamen Entwicklung und der langen Lebensdauer, welche den leprösen Neubildungen besonders eigenthümlich ist, können sie eben an einem Körpergebiete in der Rückbildung begriffen und auch schon weit fortgeschritten sein, während sie an einem anderen aufs neue hervorbrechen. — Die Abschuppung und allmähliche Resorption der Knoten mit Hinterlassung von circulären eingezogenen Narben, wie wir das z. B. bei Fall V und X zu sehen Gelegenheit hatten, soll die mildeste Form der regressiven Metamorphose sein, die centrale Erweichung mit nachfolgender Verschwärung mit und ohne Krustenbildung die schwerere.

Diese so entstehenden und längere Zeit unverändert bestehenden grösseren und kleineren Geschwüre können schliesslich auch ausheilen und hinterlassen dann entweder flache, atrophische, hellglänzende oder auch derbere, wulstige, pigmentirte Narben.

Man durchmustere nur die mittleren Rubriken unserer Fälle (I, IV, V, VI, VII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVIII, XIX) und man wird für all das Angeführte Beispiele finden¹⁾. Besonders verweise ich auf Patientin XIII, die im Laufe von 3 Jahren drei Mal zur Vorstellung und Beobachtung gelangt ist: bei dem ersten Mal (1879) trug das Gesicht nur an einzelnen Theilen erbsengrosse Knoten, bei dem dritten Mal (1882) war es durchweg mit Knoten und Knollen bedeckt; bei der ersten Vor-

1) Anmerkung: Danielssen u. Boeck führen auf pg. 209 ihres Werkes noch an, dass die leprösen Knoten mitunter alle auf einmal durch eine intercurrente, acute, fieberhafte Krankheit der Haut oder der inneren Organe zum Schwunde gebracht werden können. Etwas dergartiges haben wir an unseren Leprösen seit 1878 nicht beobachtet, finden aber im Krankenjournal von 1872 bei einer Leprösen die Notiz, dass unter dem inzwischen aufgetretenen Erysipelas faciei migrans die recht starken Knoten bedeutend kleiner geworden, zum Theil ganz geschwunden sind. Wachsmuth und Bergmann haben nichts dergleichen mitgetheilt, es sei also hiemit ein solches Vorkommen auch für unsere livländische Lepra constatirt.

stellung sehen wir an beiden Ellenbogen Knoten, bei der dritten schon an Stelle dieser weissglänzende, atrophische Narben. Am Rumpfe zeigte Patientin 1879 nur Flecke, 1882 finden wir da auch Knoten und an den Mammern auch schon atrophische Hautpartieen, die gewiss als Residuen zerfallener oder resorbirter Knoten aufgefasst werden müssen. Bei der zweiten Vorstellung (1880) constatirte man gegenüber dem Befunde vom vorigen Jahre ausserdem noch neue Knoteneruptionen an verschiedenen Körperregionen und Schwund der früheren Knoten mit Hinterlassung von dunkelpigmentirten derberen und hellglänzenden atrophischen Hautstellen. Ganz ähnliche Vorgänge lassen sich auch an dem Patienten XII, der im Laufe von zwei Jahren zweimal zur Beobachtung kam, verfolgen: da finden wir manchen Knoten und manche Hautverdickung aus dem ersten Jahre im zweiten als Geschwür wieder und manches Geschwür als ältere oder jüngere Narbe. Freilich sehen wir die Knoten nicht immer aus inneren Gründen zerfallen, sondern sehr häufig aus äusseren Ursachen, wie Verbrennungen, mechanischen Verletzungen durch Reibung der Kleidung, des Schuhwerks etc., dass aber diese Knoten und die Haut der Leprösen überhaupt so leicht vulnerabel und so schwer reparabel sind, das ist in dem leprösen Prozesse selbst begründet, in der Infiltration mit jenen kleinen runden, hinfälligen Granulationszellen, die, wie es die mikroskopischen Untersuchungen gezeigt haben, die Cutis und das Corium schon durchsetzen, bevor es noch zur Entwicklung von scharf umschriebenen Papeln und Knoten gekommen ist. —

Nach Danielssen und Boeck¹⁾ kommen noch an den Beinen, viel seltener an den Armen, besonders grosse Geschwüre vor, die mehrmals im Verlaufe der Krankheit auftreten können und stets auf schon krankhaft veränderten Stellen sich etabliren. Diese Geschwüre sind recht ausgedehnt, zeigen Tendenz die ganze Circumferenz des Gliedes zu umgreifen, haben callöse, ausgeschweifte Ränder, einen speckigen, unreinen Grund und secerniren beträchtliche Mengen einer viscösen, ätzenden Flüssigkeit; anlässlich verursachen sie dem Kranken heftige Schmerzen, haben sie sich aber erst vollständig entwickelt und ist ihre Sekretion eine reichliche geworden, so schwindet alles Unbehagen, ja es tritt relatives Wohlbefinden und zugleich eine Verzögerung in der Entwicklung und im Verlaufe der leprösen Neubildungen ein. Sobald sich aber diese Geschwüre zur Verheilung anschicken oder auch nur aufhören, stark zu secerniren, stellt sich wieder starkes Fieber, Mattigkeit, Kopfweh, Erbrechen, kurzum ein schweres, das Leben des Kranken bedrohendes Allgemeinleiden ein, von welchem der Kranke nur durch Auftreten neuer solcher Geschwüre oder durch eine neue Flecken- und Knoteneruption befreit werden kann. — Solche Geschwüre glaube ich an den Unterschenkeln der Patienten IV und XIII vor mir zu haben, namentlich bei der schon neun Jahre lang kranken Patientin XIII, deren Geschwür der Danielssen-Boeckschen Beschrei-

1, Danielssen und Boeck l. c. p. 211.

bung genau entspricht, auch insofern als es auf einem zuerst krankhaft veränderten Boden entstanden ist, wie sich das aus der am rechten Unterschenkel symmetrisch gelegenen Hautverdickung und -pigmentirung entnehmen lässt. Auch die Angabe stimmt für unseren Fall, dass bei der in der Krankengeschichte ausdrücklich notirten sehr geringen Sekretion des Geschwürs Patientin sich im Allgemeinen sehr schlecht fühlt und über Mattigkeit, Frösteln, vage Schmerzen, Appetitlosigkeit und Diarrhoeen klagt; 2 Jahre später ist dasselbe Geschwür mit frischen Granulationen ausgefüllt und zeigt Tendenz zu verheilen, das Allgemeinbefinden der Patientin ist aber ein noch schlechteres wie zuvor, was allerdings auch auf den in diesem Zeitraum weiter fortgeschrittenen Krankheitsprozess mit zurückzuführen ist.

Durch das Krankenexamen konnte ich von einem Alterniren zwischen Geschwüren, Knoteneruptionen und relativem allgemeinem Wohl- und Unwohlsein nichts erfahren, und ist das, meiner Meinung nach, auch nicht zu erwarten, denn so viel Aufmerksamkeit für seine körperlichen Leiden besitzt unser Landvolk hier eben nicht. — Bergmann ¹⁾ hat bei seinen 14 Patienten keine solche Geschwüre beobachtet, ist aber geneigt, die von ihm gesehenen Unterschenkelgeschwüre an Wachsmuth's Patientin 2 für solche zu halten.

Wir sehen also, dass an unserer einheimischen *Lepra nodosa* sich dieselben Rückbildungsvorgänge verfolgen lassen wie an der norwegischen, und hätten wir die Möglichkeit, unsere Kranken jahrelang in der Klinik zu behalten, so kämen uns gewiss auch dieselben Endstadien wie in Norwegen zur Beobachtung; bisher haben wir auf sie leider stets verzichten müssen.

Das Verhalten der Lymphdrüsen soll nach Danielssen und Boeck zum Entwicklungsgrade der *Lepra* in enger Beziehung stehen: in der Prodromalzeit sollen sie nur wenig geschwollen sein, späterhin mit Zunahme der Ulcerationen Hühner- und Gänseeigrösse erreichen und bedeutende Schmerzen und sonstige Beschwerden verursachen; bisweilen sollen sie auch eitrig zerfallen und zu Fistelbildungen führen. — Nur bei 9 von unseren 19 Patienten (III, VI, VII, IX, XII, XIV, XV, XVI, XVIII) finden wir Lymphdrüsenschwellungen in den Krankengeschichten vermerkt, sie waren aber in mehr Fällen vorhanden, dessen erinnere ich mich genau; in einzelnen Fällen fehlten sie merkwürdigerweise vollständig, und ist das auch besonders notirt worden (X, XI, XIX). Schmerzen und sonstige Beschwerden haben die geschwollenen Drüsen in keinem Falle verursacht, Tendenz zur Vereiterung haben sie auch nie gezeigt. Es weicht also hierin unsere livländische *Lepra* von der norwegischen stark ab.

1) Bergmann: l. c. pg. 245.

Hinsichtlich der Haare und Nägel stimmen unsere Beobachtungen mit denen Danielssen's und Boeck's vollständig überein: der Haarwuchs leidet und schwindet nur dort, wo Knötchen und Knoten Platz greifen, zuerst gewöhnlich an den Augenbrauen und Wimpern, nächst dem am Bart, — das Kopfhaar bleibt immer verschont. Die Nägel an Fingern und Zehen sieht man an den Leprösen nicht häufiger krankhaft verändert als sonst bei Leuten aus der einfachen, arbeitenden Klasse.

Ein sehr häufiger Sitz der leprösen Affectionen ist ferner die Schleimhaut der Mund-Rachen- und Kehlkopfhöhle. Bei 14 Patienten (I, III, IV, VI—XV, XVII) finden wir Knötchen, Knoten, Geschwüre, eingezogene Narben etc. am harten und weichen Gaumen, an den Gaumenbögen, an dem Zäpfchen, der Zunge und der hinteren Rachenwand vor; dabei ist die Schleimhaut durchweg geröthet und etwas verdickt. Diese Schleimhautveränderungen erinnern sehr an syphilitische, von denen sie in manchen Fällen, falls sie allein vorkämen, gewiss nicht zu unterscheiden wären, in Verbindung mit den Affectionen der äusseren Haut aber ist ihre Diagnose leicht. Die Patienten IV und XVII tragen auf der Zunge je einen sehr charakteristischen Lepraknoten, bei Pat. XII fehlt die Uvula, bei den Patienten I und VI ist sie mehr weniger stark verkürzt, bei Pat I ist noch das hintere Gaumensegel mit der hinteren Rachenwand strangförmig verwachsen. Das sind Ausgänge zerfallener Knoten, die hier viel leichter exulceriren als auf der äusseren Haut.

Laryngoscopische Befunde hatten wir nur in 3 Fällen zu verzeichnen (XII, XVII IX), in allen dreien handelte es sich um wulstige Verdickung und Verkrümmung der Epiglottis, so dass man nur schwer und sehr unvollständig in die Kehlkopfhöhle hineinsehen konnte, dennoch vermochte man 2mal Trübung und Verdickung der Stimmbänder zu constatiren, worauf übrigens schon die heisere Stimme der Patienten hinwies.

Es ist leider die laryngoscopische Untersuchung in den meisten Fällen unterlassen worden. Hochgradige Stenosenerscheinungen machten am Patienten VI die Tracheotomia superior nothwendig, ein nachträglicher laryngoscopischer Befund ist leider auch nicht eingetragen worden. — An den Patienten V, XVIII, XIX sind gar keine leprösen Veränderungen in der Mund-, Rachen- und Kehlkopfhöhle zu constatiren, obgleich diese Patienten schon 1 1/2, 4 und 5 Jahre an der Lepra leiden. Danielssen und Boeck ¹⁾ sagen allerdings, dass die Schleimhautaffectionen sich erst später entwickeln, Bergmann macht ²⁾ eine gleichlautende Bemerkung, wir sehen aber doch an unseren gleichfalls nur 1, 1 1/2—4 Jahre lang kranken Patienten III, VI, VIII—XII, XIV u. XVII schon recht weit vorgeschrittene Schleimhautveränderungen. Dabei fällt uns noch auf, dass an dem 1 Jahr lang kranken Patienten VIII an dem weichen Gaumen erbsengrosse Ulcerationen sitzen, und an dem 1 1/2 Jahre lang kranken Patienten XII die Uvula schon ganz fehlt, die Epiglottis eine merkwürdig verkrümmte Gestalt angenommen hat

1) Danielssen und Boeck: l. c. pg. 220.

2) Bergmann: l. c. pg. 234.

und die Stimme total klanglos ist, während an dem schon 8 Jahre lang kranken Patienten IV die Zunge nur einen einzigen einfachen Knoten trägt, und sonst auch nur Röthung der Rachenschleimhaut und Heiserkeit (durchaus nicht völlige Klanglosigkeit) der Stimme nachzuweisen ist. Solche Gegensätze zwischen Dauer der Krankheit und Grad der Schleimhautaffectionen lassen sich noch in einigen anderen Fällen constatiren. Unsere Beobachtungen weichen also hierin von denen der beiden norwegischen Forscher und auch von denen Bergmann's etwas ab.

Danielssen und Boeck ¹⁾ beschreiben einen eigenthümlichen leprösen Prozess an den Augen, speciell an dem Bulbus oculi, Bergmann ²⁾ hat auch einen solchen Fall beobachtet. Von unseren 24 Leprösen tragen nur drei Augenleiden mit sich herum. Michel Tories (VIII), David Jakobson (X) und Michel Pöiw (XXII). Bei Michel Tories sind die auf der Sclera beider Augen nachweisbaren gelblichen runden Prominenzten vielleicht wohl lepröse Neubildungen, ich will es aber nicht strict behaupten, — bei David Jakobson dagegen sind die dicht am Cornealrande sitzenden Knoten bestimmt lepröse, ihre Grösse, ihr Aussehen ist recht charakteristisch und unterscheidet sie schon allein von Phlyctänen, für die man sie allenfalls noch halten könnte; gegen diese spricht aber noch der ungemein träge Verlauf und das Fehlen jeglicher subjectiver Reizempfindungen. Bei Michel Pöiw handelt es sich um kein lepröses Augenleiden, sondern um vernachlässigte Ectropien mit allen ihren Folgen, wie sie hier zu Lande so überaus häufig anzutreffen sind.

Die Nasenschleimhaut ist an unseren Patienten auffallenderweise nur ein einziges Mal bedeutender miterkrankt: an demselben Michel Tories ist sie am Septum narium und den Nasenflügeln stark geröthet, verdickt und mit hellbraunen Krusten behaftet; das aus der Nase fliessende spärliche Sekret ist serös und gelb gefärbt und übelriechend. Ob das eine lepröse Rhinitis ist, wage ich nicht zu entscheiden, halte es aber nicht für wahrscheinlich.

Von den Symptomen der bisher besprochenen Leprafälle haben wir noch garnicht Erwähnung gethan der Sensibilitätsstörungen der Haut, in deren Rubrik wir bei allen etwas vermerkt finden; bei den meisten handelt es sich allerdings nur um ganz leichte Alterationen der normalen Empfindlichkeit, die den Patienten selbst nicht aufgefallen sind, bei manchen stossen wir aber schon auf ausgesprochene Anaesthesieen, auf welche uns die Patienten selbst aufmerksam machten. Bei den Patienten III, XII und XIII spielen neben Flecken und Knoten noch Blasen und die aus diesen entstandenen Narben eine Rolle. — Wir treffen also bei unseren tuberösen Fällen auch

1) Danielssen und Boeck: l. c. pg. 200.

2) Bergmanu l. c. pg. 233.

charakteristische Zeichen der anästhetischen Form (Pemphigusblasen und anästhetische Bezirke) an und müssen nun daher der Combination beider Formen gedenken.

Die Fälle I—XI können für rein tuberöse gelten (auch der kurz vorher genannte Fall III), bei diesen ist der tuberöse Charakter der entschieden vor- und zum Theil alleinherrschende, — echte Anästhesieen kommen da nicht vor, sondern nur leichte Analgieen und herabgesetzte Sensibilität an einzelnen grösseren Knoten und stärker verfärbten und verdickten Hautpartien. Auch Bergmann's rein tuberöse Formen weisen hier und da mehr weniger anästhetische und analgische Stellen auf. In unseren Fällen XII—XIX handelt es sich aber um eine deutliche Complication oder Succession beider Formen. — Danielssen und Boeck sprechen sich hierüber auf Seite 318 und 319 ihres berühmten Werkes sehr bestimmt aus. Die tuberöse Form ist nach ihnen sehr häufig mit der anästhetischen complicirt: bei einem Sechstel ihrer Leprösen mit vollständig ausgebildeten Knoten zeigten sich hier und da, an den Händen und Füßen, selten im Gesicht, anästhetische Bezirke, in manchen Fällen waren auch schon Atrophieen vorhanden, dennoch blieb die tuberöse Form die entschieden vorherrschende und bestimmte die Diagnose. Complicationen der anästhetischen Form mit der tuberösen sind dagegen sehr selten, nur in 20 von ihren 233 Fällen haben sie solches beobachtet. In Fällen, wo beide Formen nebeneinander bestehen, lässt sich eine alternirende Progression beider verfolgen: entwickeln sich nämlich neue Flecke und Knoten, so werden die vorhandenen Anästhesieen stationär oder bilden sich gar zurück, — treten neue anästhetische Bezirke und Blasen auf, so macht die Knoteneruption Halt; niemals nehmen die Atrophieen der Haut und der Muskeln oder die Nekrosen der Finger und Zehen zu, solange die Knotenbildung währt, aber sowie diese still steht, verfolgt die anästhetische Form auf's neue ihren Weg. In den ersten Stadien der Krankheit kann die eine Form in die andere übergehen und weiterhin allein fortbestehen, in den späteren Stadien dagegen schreiten beide Formen miteinander alternirend fort. —

Bergmann¹⁾ führt von seinen 14 Fällen 5 solcher combinirter an, wir haben aus unserem Material 8 solcher aufzuweisen (XII—XIX), von welchen ich die Fälle XII, XIII, XIX und XVI besonders besprechen möchte.

Pat. XII weist bei seiner ersten Vorstellung Flecke, Knoten und Geschwüre auf, die Sensibilitätsstörungen sind ganz gering, und während seines ersten Aufenthaltes auf der Klinik sehen wir auf dem rechten Fussrücken eine wallnussgrosse Pemphigusblase aufspringen. Bei seiner zweiten Vorstellung, zwei Jahre später, sind keine neuen Knoten mehr nachzuweisen, dagegen aber eine entschiedene Zunahme von Geschwüren und Narben; wir erfahren auch, dass in der Zwischenzeit an verschiedenen Körperstellen Blasen auftraten und zu vielen der vorhandenen Geschwüre und Narben führten. Während des zweiten Aufenthaltes auf der Klinik entwickeln sich auch wieder Pemphigusblasen. — Es ist

1) Bergmann; l. c. pg. 248.

also in diesem Falle eine entschiedene Zunahme der Symptome der anästhetischen Form eine gegen merkliche Abnahme der tuberösen zu constatiren, und da der Fall erst 3 Jahre alt ist, glaube ich hier einen allmählichen Uebergang der tuberösen Form in die anästhetische annehmen zu dürfen.

Bei der schon 9 Jahre lang kranken Patientin XIII hat in den ersten sieben Jahren die tuberöse Form mit Ausnahme der Anaesthesieen an den grösseren Knoten und stärkeren Hautpigmentirungen allein bestanden, seit August 1880 bis zum Februar 1882 sind (im Gesichte hauptsächlich) zwar auch neue Knoteneruptionen erfolgt, an Rumpf und Extremitäten herrschte aber die Blasenbildung mit Ausgang in atrophisches Narbengewebe vor; zugleich haben sich daselbst bedeutende Anaesthesieen ausgebildet. In diesem Falle handelt es sich, meiner Meinung nach, nicht um einen Uebergang der einen Form in die andere, sondern um eine alternirende Progression beider nebeneinander bestehender.

Die Patientin XIX hat nur sehr wenig Knoten aufzuweisen, und diese scheinen noch zurückzugehen, dagegen sind die Sensibilitätsstörungen an den Extremitäten recht erhebliche. Während der Beobachtungszeit auf der Klinik sieht man unter leichten Fieberbewegungen, Durchfällen und sonstigem allgemeinem Unwohlsein einige neue Knoten aufspringen und der Resorption bald anheimfallen; die Anaesthesieen bleiben unverändert. Eine längere Beobachtung des Falles würde ergeben, ob man es hier mit einer Uebergangsform oder mit einem alternirenden Fortschreiten beider Formen zu thun hat.

Den Fall XVI rechne ich auch hierher; ich fand ihn nur mit der allgemeinen Diagnose „Lepra“ in den klinischen Notizen verzeichnet und kenne ihn aus eigener Beobachtung nicht. Die Bestimmung der Form der Lepra ist hier nicht ganz leicht, — die Anaesthesieen, Atrophieen, Contracturen, Mutilationen, das Fehlen jeglicher Knoten auf der äusseren Haut sprechen sehr für *Lepra anaethetica*, dennoch halte ich den Fall für complicirte *Lepra tuberosa* und zwar aus folgenden Gründen:

Erstens einmal vermisste ich die für die *Lepra anaethetica* so charakteristischen Pemphigusblasen, die nur höchst selten fehlen; auch von den weissen Morpheaflecken ist nichts zu sehen und nichts zu erfahren. Zweitens sind mir die Missbildungen an den Händen und Füßen und die Anaesthesieen nicht charakteristisch genug, um sie durchaus für etwas specifisch Lepröses halten zu müssen. Wenn ich daran denke, wie häufig ich in der Ambulanz unserer chirurgischen Klinik sonst ganz gesunde Bauern mit alten vernachlässigten Panaritien, Phlegmonen, Sehnenscheidenentzündungen, atonischen Fussgeschwüren und den aus diesen Prozessen resultirenden Verkrümmungen und Verstümmelungen an den Fingern und Zehen und den elephantiasischen Entartungen an den Füßen und Unterschenkeln gesehen habe, wobei die Sensibilität der Haut stets mehr weniger gelitten hatte, — so kann ich nicht umhin, auch in diesem Falle solche durch äussere Ursachen bewirkte Vorgänge zu vermuthen. Dagegen haben wir entschiedene

Zeichen der *Lepra tuberosa* aufzuweisen: die deutlichen Knoten an den Rändern der wulstigen und starren Epiglottis, die knotigen Verdickungen der aryepiglottischen Falten, die auch nach Schwund aller Erscheinungen, welche zu Larynxstenose geführt und die Cricotomie nothwendig gemacht haben, unverändert geblieben sind. Ferner fühlt man in der Haut der Extremitäten derbe flache Einlagerungen, die sich über den darunterliegenden Schichten verschieben lassen. Solche flächenhafte Einlagerungen sind neben Hautknoten bei der *Lepra tuberosa* sehr häufig, Bergmann spricht an mehreren Stellen von ihnen; charakteristischerweise sitzen sie in unserem Falle auch an den Wangen und Augenbrauenbögen, wo das Wachsthum der Augenbrauen gleichfalls vernichtet ist. Ferner deuten auf tuberöse *Lepra* hin die papillären Wucherungen und condylomähnlichen Flecke auf der Zunge und am Gaumen, wie wir sie allerdings in unseren tuberösen Fällen sonst nicht beobachtet haben, wie Bergmann¹⁾ sie aber gerade für einige seiner und Wachsmuth's Fälle beschreibt. Die completen und ausgedehnten Anaesthesien, besonders die an Kopf, Gesicht und Hals sind jedenfalls sehr auffallend; doch wer weiss, mit welchen früher durchgemachten Krankheiten sie noch zusammenhängen mögen, — die Anamnese ist durchaus nicht sicher und erschöpfend genug. Immerhin glaube ich Grund genug zu haben, im vorliegenden Falle *Lepra tuberosa* zu diagnosticiren und die Anaesthesien zum Theil wenigstens für eine nicht ungewöhnliche Complication derselben zu halten. Denn das besagen doch unsere complicirten tuberösen *Lepra*fälle, dass die Combination beider Formen bei unserer livländischen *Lepra* ein verhältnissmässig häufiges Vorkommniss ist. Solches ist auch schon von Bergmann, Wachsmuth u. a. ausgesprochen worden.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass es auch an dem Patienten III (cf. diesen Fall) Blasen gegeben haben soll, doch ist jetzt der Charakter seiner *Lepra* ein durchaus tuberöser.

Die aufmerksame klinische Beobachtung solcher complicirter *Lepra*fälle weist auch darauf hin, dass es in den beiden Formen der *Lepra* sich nicht um einen verschiedenen Grundprozess handeln kann, sondern dass dieselbe pathologische Gewebsveränderung, dieselbe Noxe bald vorwiegend in der Haut, bald in den peripheren Nerven ihr zerstörend Werk treibt und dass sie dort, wo sie das eine Gebiet schon erschöpft hat, sich unaufhaltsam auf das andere wirft. Das haben ja auch die neueren pathologisch-anatomischen Untersuchungen ergeben. —

Wir gehen nun zur Besprechung unserer Fälle von *Lepra anaethetica* über.

Nach Danielssen und Boeck²⁾ ist der Verlauf der *Lepra anaethetica* in allgemeinen Zügen folgender: Sie hat auch Prodromi und zum Theil dieselben wie die *tuberosa*, vorherrschend ist ein inneres Frostgefühl, „als wenn dort alles erstarren

1) Bergmann l. c. p. 232.

2) Danielssen und Boeck: l. c. pg. 264 u. ff.

wollte,“ und der Ausdruck tiefen, schweren Leidens auf dem Gesichte des Kranken. Nach monate-, ja jahrelanger Dauer dieses Zustandes springen plötzlich pemphigusartige Blasen an Händen und Füssen auf, bersten nach sehr kurzem Bestande und hinterlassen nach Entleerung einer mehr weniger klaren, zähen Flüssigkeit eine geschwürige Oberfläche, die sehr langsam zu einer glänzend weissen, atrophischen Narbe verheilt. Gewöhnlich ist nur 1 Blase zur Zeit da, selten 2 – 3 aufeinmal, der Prozess der Blasenbildung wiederholt sich aber Monate und Jahre hindurch. Der Kranke fühlt sich dabei im Ganzen recht wohl und geht seiner gewohnten Beschäftigung ungestört nach. Die Krankheit kann aber auch mit grossen, hellen Flecken beginnen, die hier und da am Körper auftreten und durch leichtes Jucken und verminderte Empfindlichkeit die Aufmerksamkeit des Patienten auf sich ziehen. Dieser Beginn ist der seltenere.

Nach stattgehabter Blasenbildung tritt ein kurz dauernder Stillstand mit allgemeinem Wohlbefinden ein, dann folgt eine ausgebreitete und hochgradige Hyperästhesie, welche dem Pat. Jahre hindurch unsägliche Qualen bereitet und schliesslich einer gleichstarken Anästhesie Platz macht, unter der der Kranke nicht weniger leidet. Zur Anaesthesie gesellt sich noch die Atrophie hinzu, nicht nur der Haut, sondern auch des Unterhautzellgewebes und der Muskeln. Das führt zu Paralysen und Contracturen, zu perforirenden nekrotischen Geschwüren mit Sequestrirung kleiner (Finger- und Zehen-) Knochen, ja zur spontanen Absetzung einer ganzen Hand oder eines ganzen Fusses.

Manches gelangt zur Verheilung, es hinterbleiben dann Mutilationen. Das ist aber nicht auch der entgültige Abschluss des ganzen Prozesses, sondern dieser dauert noch jahrelang fort und bringt den armen Kranken soweit herunter, dass er zuletzt nur noch ein Scheinleben führt; unter den Erscheinungen des hochgradigsten Marasmus tritt endlich der erlösende Tod ein.

Die Durchschnittsdauer der *Lepra anaesthetica* berechnen Danielssen und Boeck auf 18 $\frac{1}{2}$ Jahre. —

Gleich Bergmann müssen auch wir für die livländische *Lepra anaesthetica* einen von der norwegischen abweichenden Verlauf von vornherein constatiren: so scharf und weit von einander geschiedene Stadien kommen bei uns nicht zur Beobachtung, es fallen hier dieselben Symptome wie in Norwegen zeitlich mehr zusammen, der ganze Prozess dauert aber vielleicht ebenso lange.

Auch bei unseren Kranken beginnt die anaesthetische *Lepra* mit Pemphigusblasen und weissen Morpheaflecken, sie treten aber nicht nur als erstes Symptom der Krankheit auf, sondern wiederholen sich auch im späteren Verlaufe derselben. Ein und derselbe Patient trägt grosse weisse Flecken, anaesthetische Hautpartieen, necrotische Geschwüre etc. an sich herum, und an demselben Patienten sehen wir vereinzelt Pemphigusblasen aufschliessen und den typischen Verlauf in Berstung, Geschwürsbildung und Verheilung zu atrophischen Flächennarben nehmen. Cf. Fall XXII und XXIII.

Von Prodromalerscheinungen erfahren wir sehr wenig: nur Patient XX will häufig wiederkehrendes Frösteln, allgemeines Gliederreissen und heftiges Jucken und Brennen in den unteren Extremitäten vor Beginn der Gefühllosigkeit daselbst bemerkt haben; Patientin XXI kann über den Beginn ihrer Lepra nichts aussagen und die Patienten XXII, XXIII und XXIV geben bestimmt an, dass überhaupt keine Prodromi vorausgegangen sind, sondern dass sie von den Flecken und Blasen bei vollständigem Wohlbefinden überrascht worden sind. Dasselbe berichtet Bergmann¹⁾ von seinen Patienten, von denen nur der Pat. X vor dem Erscheinen der ersten Leprazeichen gelitten haben will. Es ist auch der Allgemeinzustand unserer Patienten ein noch recht guter, nur der Theodor Weide (XX) klagt über häufiges Frostgefühl im ganzen Körper.

Bei 2 Patienten (XXII u. XXIII) waren helle, unregelmässige Hautverfärbungen das erste Symptom, nur bei einem einzigen (XXIV) Blasen; von Patientin XXI erfahren wir nichts über den Beginn der Krankheit und Patient XX hat selbst nichts von Blasen und Flecken bemerkt, und ist an ihm auch auf der Klinik nichts dergleichen constatirt worden. Auf die Differentialdiagnose dieses letzten Falles werde ich später noch zurückkommen.

Das Entstehen und Vergehen von Pemphigusblasen ist von uns in 5 Fällen beobachtet worden (XII, XIII, XXI—XXII), dabei ergab sich, dass in 3 Fällen (XII, XXII, XXIII) keine Allgemeinerscheinungen der Eruption vorausgegangen sind, in 2 (XIII u. XXI) mässiges Fieber, Schmerzen, Durchfälle. Nach Danielssen und Boeck treten die Blasen immer ohne Vorboten auf, nach Bergmann²⁾ gehen den grösseren stets Fieber und neuralgische Schmerzen voraus, bei uns sind aber gerade die wallnussgrossen Blasen ohne Vorläufer aufgeschossen, die erbsengrossen dagegen unter Fieber und Schmerzen.

Die Grösse der Blasen schwankte von der einer Erbse bis zu der einer Wallnuss, die Form war meist kugelig, dazwischen auch länglich und mandelartig. Der Inhalt in den frischentstandenen klar, in den älteren trübe; beim Aussickern erwies er sich als seröse, klebrige Flüssigkeit. In allen Fällen bestanden die Blasen länger als einige Stunden (bei Danielssen u. Boeck durchschnittlich nur 3), ein bis drei Tage lang³⁾, dann barsten sie spontan. Der excoriirte Blasengrund verheilte bei Schonung und therapeutischer Behandlung rasch und spurlos, bei Vernachlässigung und Schädigung dagegen wurde er zu einem eiternden oberflächlichen Geschwür, das erst allmählich und mit Hinterlassung einer pigmentlosen, atrophischen, flächenhaften Narbe ausheilte, wie wir das in exquisiter Weise an unserer Patientin XXIV sehen können. Häufig trocknen Blasenhaut und Blasengrund zu einer dicken Kruste ein, nach deren

1) Bergmann l. c. p. 252.

2) Bergmann l. c. p. 254.

3) Anmerkung: Bergmann sah an seinen Patienten die Blasen auch tagelang anstehen, eine sogar 8 Tage lang.

Abstossung eine pigmentlose, weisse Stelle zurückbleibt, wie z. B. in Fall XXI und XXII. Nur in Fall XXI ist Röthung und Schwellung um die Blasen herum vermerkt worden, sonst sitzen diese auf unverändertem, vielleicht nur weniger sensiblem Boden. Meist sprang nur 1 Blase zur Zeit auf, zuweilen aber auch 2 und 3, wie in Fall XXI und XXII. Der gewöhnliche Standort sind die Finger, Daumenballen, Handwurzeln, Fussrücken, Zehen, überhaupt die Extremitäten, selten der Rumpf (Fall XXIV); im Gesicht haben wir sie garnicht gesehen, Bergmann und die beiden norwegischen Forscher sahen in je einem Falle eine Blase auf der Stirn.

Pemphigusblasen kommen bei unserem Lepramaterial nicht nur bei der anaesthetischen Form vor, sondern, wie schon früher erwähnt, auch bei der tuberösen (Fall XII und XIII). Danielssen und Boeck sagen, wo Blasen sich einstellen, sind sie ein sicheres Zeichen dafür, dass in nächster Zeit die Lepra anaesthetica Platz greifen wird. Für unseren Fall XII mag das schon stimmen, denn wie wir auf pg. 24 unserer Arbeit bemerkt haben, traten an diesem Patienten zur Zeit der letzten Untersuchung die Symptome der tuberösen Form gegen die der anaesthetischen bedeutend zurück; vielleicht gilt dasselbe auch von der Patientin XIII, an der sich ein ähnlicher Wechsel der Symptome constatiren liess, bei dem Patienten III aber tauchte die Blasenbildung inzwischen einmal auf, ihr folgten jedoch wieder Knoteneruptionen, und der Gang der tuberösen Lepra wurde weiter nicht mehr gestört.

Danielssen und Boeck sprechen sich über die Ursache der Blasenbildung nicht weiter aus, Bergmann versucht sie als directe Folge der Nervenaffection hinzustellen; eine microscopische Nervenuntersuchung an seinem Falle XIV, wo nur Pemphigusblasen und Muskelatrophieen, aber keine Anaesthesieen vorlagen, zeigte sich die lepröse Neubildung auf's deutlichste zwischen den Faserbündeln und einzelnen Fasern der Nerven.

Heutzutage, wo die lepröse Degeneration in den Nerven durch zahlreiche Untersuchungen festgestellt und wo die Existenz trophischer Fasern in jedem centrifugalleitenden Nervenstamm eine allgemein gültige physiologische Anschauung ist, da ist ein solches Abhängigkeitsverhältniss zwischen Nervenaffection und Blasenbildung nicht mehr fraglich. —

Die Fälle XXII und XXIII sind exquisite Beispiele der Morphea alba. Diese grossen weissen, Landkartenzeichnungen ähnlichen Flecke sind aus kleineren, münzengrossen, durch periphere Ausbreitung und Confluenz entstanden; sie entsprechen genau den Beschreibungen von Danielssen und Boeck, sind unregelmässig geformt, ungewöhnlich gross (cf. die Maasse bei Fall XXII) und erstrecken sich asymmetrisch über Rumpf und Extremitäten. Auch auf dem Gesichte kommen sie vor, sind da aber kleiner und dunkler als auf dem Rumpfe und den Extremitäten, wo sie hell bis schneeweiss und, wie in Fall XXII, noch von einem dunkleren Saume umgeben sind. Sie schuppen

leicht ab und sind alle mehr oder weniger anaesthetisch. An der Patientin XXI weichen sie in ihrer Färbung und ihrem Standorte von den eben beschriebenen ab: sie sind da blauröthlich, mit hellerem Centrum und dunklerer Peripherie und sitzen an den Oberarmen, Oberschenkeln, Nates und am Bauche; Brust, Rücken, Unterarme und Unterschenkel lassen sie frei; im Uebrigen sind sie auch anaesthetisch und schuppend. Doch auch bei den Patienten XXII und XXIII finden sich inmitten der weissen Inseln dunklere Parteen, so die dunkle Pigmentirung auf dem Sternum und über der linken Patella, die beiden bläulichbraunen Flecke auf den Schulterblättern von Pat. XXII und die dunklen Zeichnungen von Pat. XXIII.

Diese ausgedehnten Verfärbungen sind der Ausdruck bedeutender trophischer Störungen der Haut, denn nicht nur an diesen Stellen, sondern auch sonst, an den normal gefärbten Parteen ist sie trocken, rissig, schuppend, haarlos oder doch nur mit kümmerlichen, pigmentlosen Härchen bestanden. —

Die anderen Symptome der *Lepra anaesthetica* schliessen sich an die Blasen- und Fleckenbildung unmittelbar an, ja diese dauern, wie schon erwähnt, noch fort, während Anaesthesieen sich ausbilden und fortschreiten, und nekrotische Processe sich abspielen. Von dem auf pg. 27 referirten Stillstande im Krankheitsverlaufe der norwegischen *Lepra anaesthetica* ist bei uns nichts zu merken.

Die Sensibilitätsstörungen unserer Patienten bestehen fast nur in verschieden-gradigen Anaesthesieen; von Hyperaesthesieen, die den Anaesthesieen nach Danielssen und Boeck und Bergmann stets vorausgehen sollen, erfahren wir nur in den beiden Fällen XX und XVI etwas: da soll der Empfindungslosigkeit der unteren Extremitäten das eine Mal das Gefühl von Ameisenkriechen und das andre Mal überhaupt erhöhte Empfindlichkeit vorangegangen sein.

Ich gebe zu, dass die Anamnese in dieser Beziehung nicht sorgfältig genug erhoben sein mag, doch hätte das gewiss auffallen müssen, wenn auch bei unseren Patienten die Klagen hinsichtlich der Hyperaesthesieen „ebenso mannigfaltig, wie die Aeusserungen des Schmerzes überhaupt gewesen“ wären, was Bergmann ¹⁾ von seinen Patienten behauptet. Der Intensität nach sind die Anaesthesieen an unseren Kranken im Ganzen nur selten complet, meistens handelt es sich um mehr oder weniger hochgradig herabgesetzte Sensibilität. Die Extremitäten verfallen früher den Sensibilitätsstörungen als der Rumpf, und die peripheren Theile der Extremitäten wiederum früher als die centralen, d. h. mehr nach dem Rumpfe zu gelegenen. Das Gesicht bleibt nicht verschont, wird aber nur selten und leicht ergriffen. Dabei halten sich die Anaesthesieen nicht etwa an den Verlauf oder an das Versorgungsgebiet eines bestimmten Nervensammes, sondern vertheilen sich ebenso unregelmässig und unsymmetrisch wie die verschiedenen Hautverfärbungen; auch fallen die Grenzen dieser letzteren durchaus nicht immer

1) Bergmann l. c. pg. 256.

mit denen der anaesthetischen Bezirke zusammen, wir finden vielmehr innerhalb einer solchen verfärbten oder farblosen Hautinsel complete Anaesthetie, normale und herabgesetzte Sensibilität neben und durcheinander.

Fall XXIII beweist, dass auch die normal aussehende Haut zwischen den Flecken pathologisch verändert sein kann, insofern als sie beträchtlich weniger als sonst sensibel ist. An dem Patienten XVIII ist das für die leprösen Anästhesieen so charakteristische inselförmige Auftreten derselben besonders hervorzuheben.

Sehr auffallend ist der Fall XXIV, der neben exquisiten Symptomen vorgeschrittener *Leprosy anaesthetica* (Blasen, Blasennarben, necrotischen Geschwüren, Mutilationen) gar keine ausgesprochenen Anästhesieen aufweist: auf den weissen Flecken an Brust und Rücken ist die Sensibilität normal, auf den grossen, strahligen Narben und an den verstümmelten Fingern und Zehen nur unbedeutend herabgesetzt; auch will Patientin nie früher Sensibilitätsstörungen bemerkt haben. Bergmann's Fall XIV ist auch ein solcher: neben Blasennarben, necrotischen Geschwüren und hochgradigen Muskelatrophieen keine Spur einer Anaesthetie.

In beiden zuletzt angezogenen Beispielen haben wir necrotische Geschwüre als Symptom vorgeschrittener *Leprosy anaesthetica* bezeichnet; solche Geschwüre sehen wir an den Fusssohlen unserer Patienten. Es fragt sich nun, ob diese Geschwüre rein leprösen Ursprungs sind, hervorgegangen aus einem „*point douloureux de couleur un peu bleuâtre*,“ der bald fluctuirte und durchbrach, wie es Danielssen und Boeck für ihre Fälle angeben, oder ob sie „durch Zerstörung von aussen nach innen vorgeedrungen sind, entstanden aus irgend einem, gleichgültig welchem, Entzündungsreiz“, wie es Bergmann in seinen Fällen für am wahrscheinlichsten hält. — Ich halte die Geschwüre an den Sohlen meiner Patienten XXIII und XXIV für echte lepröse, im Sinne Danielssen's und Boeck's, — dafür spricht mir ihre gleichmässig runde Form, ihre steil abfallenden Ränder, ihre beträchtliche Tiefe; sie haben meiner Meinung nach doch etwas „Unterscheidendes von Geschwüren, welche aus Eiterungen unter Schwielen und Leichdornen hervorgehen“ (Bergmann), auch scheint mir ihre Lage an der „beim Gehen exponirten und durch den Mangel des Tastsinns nicht geschützten Sohle“ (Bergmann) garnicht gegen die Annahme zu sprechen, dass ein Gewebe, welches in seiner Ernährung und Widerstandsfähigkeit stark reducirt ist, schon durch den anhaltend einwirkenden Druck beim Auftreten zur Erweichung und zum Zerfall gebracht werden kann, ohne dass ein „Entzündungsreiz“ von aussen nach innen mitzuwirken braucht. Solch ein Geschwür sieht wie das *Malplantaire perforant* aus, das eben auch ohne jeglichen Entzündungsreiz von aussen nach innen entsteht. Dazu kommt noch, dass an unseren beiden Patienten die Sohlen durchaus nicht des Tastsinnes ganz ermangeln, bei der Patientin XXIV ermangeln sie dessen garnicht, und bei dem Pat. XXIII sind nur die Fersen anaesthetisch und von diesen trägt nur die eine ein Geschwür. Dagegen halte ich die Fussgeschwüre der Patienten

XXIII und XXIV wohl für solche gewöhnliche, wie wir sie auch an nicht Leprösen häufig zu sehen Gelegenheit haben; diese Geschwüre sehen aber auch anders aus als die vorhin genannten. Im Falle XVI lasse ich es unentschieden, ich kenne sie da nicht aus eigener Anschauung.

Eine weitere Folge der leprösen Degeneration der peripheren Nervenfasern sind die Motilitätsstörungen, die auf Paresen, Paralysen und Atrophieen der Muskeln, besonders der des Gesichtes und der Vorderarme und Hände beruhen. Bergmann hat dergleichen fast an allen seinen Kranken der anaesthetischen Form beobachtet, wir dagegen an keinem einzigen, wenigstens nicht sicher. Einige von unseren Patienten weisen allerdings Motilitätsstörungen auf: so stehen bei dem Patienten XXIII die Finger der rechten Hand, bei der Patientin XXIV die Finger beider Hände, mit Ausnahme der Mittelfinger, in Flexion, können aber deshalb immer noch bewegt, wenn auch nicht ganz gestreckt werden. Dasselbe gilt in geringerem Grade von den Fingern des Patienten XXII. Wir sehen dabei aber nichts von Paresen und Atrophieen der Hand- und Vorderarmmuskeln, wir müssen vielmehr diese Verkrümmungen und Steifigkeiten auf necrotische und periostitische Processe zurückführen, die sich an den Fingern selbst abgespielt haben. Wir kommen hierauf gleich zu sprechen. In dem Fall XXII liegt wahrscheinlich eine Atrophie oder Parese der Gesichtsmuskulatur vor, denn wie ich mich genau erinnere, war das Mienenspiel dieses Patienten ein sehr träges, und von seinem Ectropium behauptete er, dass es von selbst, ohne jegliche äussere Veranlassung, entstanden wäre, — das könnte somit sehr wohl mit einer Insufficienz der Mm. orbiculares zusammenhängen.

Die Schleimhäute des Mundes und des Rachens sind bei unseren Patienten intact, dasselbe berichtet Bergmann von seinen, und nach Danielssen und Boeck scheinen auch diese Schleimhäute bei der anaesthetischen Lepra weniger zu leiden als bei der tuberösen.

Nach den Beschreibungen von Danielssen und Boeck muss es schon zu einer hochgradigen Entwicklung der Anaesthesieen und zur bedeutenden Kachexie überhaupt gekommen sein, bevor die nekrotischen Processe an den Fingern und Zehen auftreten, die zu deren Verstümmelung und spontaner Absetzung führen. Die Mutilationen fallen also nach den beiden Forschern in den Schlussact der Lepra anaesthetica, — nicht so bei uns: da sehen wir an den Patienten XXII—XXIV neben Pemphigusblasen und Morphea-flecken unförmlich aufgetriebene, nekrotisch zerfallende und defecte Finger,¹⁾ die Patienten selbst aber sind durchaus nicht kachektisch, auch ihre Anaesthesieen sind nicht sehr hochgradig. Von Endsymptomen können wir also noch nicht sprechen, im Gegentheil,

1) Anmerkung: Die Patienten XIV und XVI mit den Defecten an den Füßen schliessen wir hier aus, da wir nicht sicher wissen, ob und wie weit die Geschwüre, welche zu den jetzt fehlenden Phalangen geführt haben sollen, mit der Lepra ursächlich zusammenhängen.

wir sehen noch während der Beobachtungszeit auf der Klinik Anfangssymptome der anaesthetischen Lepra, Blasen, entstehen. Was also Danielssen und Boeck nach einander in scharf von einander getrennten Stadien sich entwickeln sahen, dass sehen wir an unseren Patienten zeitlich neben und durcheinander. In diesem stadiären Verlaufe weichen eben die norwegische und livländische Lepra von einander ab.

Auf periodisch wiederkehrende heftige Periostitiden führen Danielssen und Boeck die schlimmsten Verstümmelungen zurück, — dieselben Processe nebst sich daran schliessenden Phlegmonen und Sehnenscheidenentzündungen nehmen wir auch für unsere Fälle in Anspruch; das besagen uns die beträchtlichen Auftreibungen, Verkrümmungen und Versteifungen der Finger beim Fehlen von Paralysen und Atrophieen der entsprechenden Muskeln.

Man spricht wohl von einer *Lepra mutilans*, man kann aber nicht von specifisch leprösen Mutilationen sprechen, denn die ulcerativen und destructiven Processe, die wir bei der Lepra beobachten, tragen nichts specifisch Lepröses an sich; sie unterscheiden sich in nichts von den gleichen Processen nach Panaritien, Phlegmonen und Sehnenscheidenentzündungen an Nichtleprösen. Es ist daher auch nicht statthaft, aus ihnen und den an sie gebundenen Anaesthesieen allein *Lepra mutilans* zu diagnosticiren, es müssen noch andere, zweifellose Zeichen der Lepra vorhanden sein, seien es Flecke, seien es Knoten, seien es Blasen. Danielssen und Boeck haben bei ihrem grossen Lepra-materiale nie Mutilationen ganz allein gesehen, Bergmann auch nie, und wenn ich meine geringen Erfahrungen überhaupt anführen darf, so ist mir auch kein solcher Fall begegnet. Da ich an derselben Klinik meine Studien betrieben habe, an der Bergmann als Docent und Professor seine reichen Erfahrungen über Lepra gesammelt hat, und daher die „häufigen Gäste im Ambulatorium“ mit den durch alte, vernachlässigte Verschwärungsprocesse entarteten Händen und Füssen auch kenne, verstehe ich es sehr wohl, wenn Bergmann nachdrücklich warnt, „aus einer verbreiteten Anaesthesie neben tiefen Phlegmonen, Mortificationen und Necrosen“ gleich auf Lepra zu schliessen.

Thomson¹⁾ hat eine auf Neuseeland vorkommende Krankheit beobachtet, die nur in gewaltigen Destructionsprocessen mit spontanem und successivem Abfall kleinerer und grösserer Gliedmassen, ganz ohne Anaesthesieen, besteht, und daraus gleich eine eigene Form der Lepra aufgestellt. Ob mit Recht, ist nach dem eben Gesagten mindestens sehr fraglich. Steudener²⁾, dessen lateinische Habilitationsschrift mir eben vorliegt, beschreibt selbst 3 Fälle vermeintlicher *Lepra anaesthetica mutilans*. Im ersten Falle handelt es sich um eine 35-jährige geistesschwache Patientin, die über ihre Antecedentien nur wenig Sicheres aussagen kann, das weiss sie aber, dass sie vor 10 Jahren infolge einer traumatischen Ursache den Daumen ihrer rechten Hand unter hef-

1) Thomson: British and for. med. chir. Review. 1854.

2) Steudener: De Lepra anaesthetica sive mutilante. Halis Saxonum. MDCCCLXVII.

tigen Schmerzen und bedeutender Schwellung mit nachheriger Eiterung verloren hat; ein kleiner Stumpf ist jetzt noch erhalten. Vor 5 Jahren entstand am zweiten Finger eine ähnliche entzündliche Schwellung mit Durchbruch, Eiterung und Entleerung von Knochensplittern; der Abschluss war Verkürzung und ankylotische Versteifung, die eben noch zu sehen sind. 2 Jahre hindurch hat sich Patientin dann im Ganzen wohlgeföhlt, da stellten sich Husten, Abmagerung, nächtliche Schweisse, Kräfteverlust und reichliche eitrige Sputa ein. Einen halben Monat vor Aufnahme in die Klinik bildete sich unter heftigen reissenden und bohrenden Schmerzen eine beträchtliche Schwellung des linken Unterarmes und der linken Hand aus, danach eine kleine eiternde Ulceration oberhalb der Handwurzel, an der ulnaren Seite des Unterarms. Die Schmerzen liessen bald nach und es zeigte sich an diesen Theilen eine verminderte Sensibilität. Auf der Klinik wurden die fluctuirenden Stellen incidirt, es gingen dabei kleine Knochenstückchen ab; später kam es zur Continuitätstrennung der Ulna und noch später, nach Vereiterung und Aufbruch in der Gegend des Capitulum radii, zur spontanen Luxation desselben. Einen Monat darauf entstand am Condylus int. humeri eine Ulceration, welche sich rasch in die Breite und Tiefe ausdehnte und die Sonde gleichfalls auf necrotische Gelenkenden gelangen liess. Eine spontane Absetzung des Vorderarms im Ellbogengelenk stand bevor, da starb Patientin an galopirender Schwindsucht.

Der zweite Fall betrifft eine kräftig gebaute, gut genährte, frisch aussehende und sonst auch ganz gesunde 25-jährige Person, an der die 3 ersten Zehen des rechten Fusses fehlen; die 4. und 5. Zehe sind vollständig normal. An der Fusssohle sitzt noch ein thalergrosses Geschwür mit callösen Rändern und schlaffen Granulationen. Die Motilität des Fusses ist nicht behindert, die Sensibilität dagegen fast ganz aufgehoben. Die Anamnese ergibt, dass Patientin an Rhachitis stark gelitten hat. Die Zehen verlor sie im 5., 8. und 10. Jahr, im 14. entstand das Fussgeschwür. Ob vor diesen Mutilationen Anaesthesie der Zehen und der Fusssohle bestanden hat, kann Patientin nicht angeben.

Der 3. Patient, Fischer von Beruf, 33 a. n., stammt von einem schwindsüchtigen Vater und ist in seiner Jugend sehr viel krank gewesen. Er ist klein von Wuchs, aber sonst kräftig gebaut; die Untersuchung der inneren Organe ergibt auch nichts Krankhaftes. An den letzten Brustwirbeln, entsprechend den Austrittsstellen der Intercostalnerven Schmerzpunkte auf Druck, die Wirbelsäule selbst wohlgebaut. Rechter Oberarm und Vorderarm normal, die Hand etwas geschwollen, die 4 ersten Finger aufgetrieben; am 2. Finger fehlt ausserdem die Nagelphalanx, an der Volarseite des 4. Fingers eine callöse Narbe, auf der Dorsalseite desselben Fingers ein 2cm. langes atonisches Ulcus, das nach einer ebensogrossen Eiterblase entstanden sein soll; eine ähnliche callöse Narbe an der Volarfläche des rechten Daumens. Die Sensibilität der Hand ist nicht aufgehoben, nur herabgesetzt, der 5. Finger zeigt normale Sensibilität. —

Der linke Arm bedeutend dünner als der rechte, die vom Epicondyl. int. entspringenden Muskeln atrophisch, die Hand in Krallenstellung, die Mm. interossei und die des kleinen Fingers und Daumens gleichfalls atrophisch. Die Finger können nicht weiter flectirt werden, desgleichen ist die Flexion im Handgelenk behindert. Die elektrische Reaction der atrophischen Muskeln fast gänzlich geschwunden, nur in den Daumenmuskeln noch etwas erhalten. Die Sensibilität der Hand und des Vorderarmes nur leicht gestört. Im Verlaufe der Nerven keine Tumoren zu fühlen. Die unteren Extremitäten vollständig normal.

Ich glaube nicht, dass jemand, der Lepra aus eigener Anschauung kennt, sie aus den eben mitgetheilten drei Krankengeschichten wiedererkennen wird. Und doch kann man sich veranlasst sehen, den ersten Fall für Lepra zu halten, denn Steudener ¹⁾ giebt da microscopische Nervenbefunde (vom Medianus, Ulnaris und Radialis), die den von Bergmann ²⁾ mitgetheilten wirklich Lepröser durchaus entsprechen; Bergmann und Dehio ³⁾ halten auch diesen Fall für Lepra. So lange aber die pathologische Anatomie, speciell die microscopische Pathologie der Lepra nicht sicherer festgestellt ist als eben, wo ein Theil der Forscher (Bergmann, Thoma) in der disseminirten, scharf umschriebenen Gruppierung der kleinen granulirten Zellen zwischen Nervenbündeln und Nervenfasern das Eigenthümliche der leprösen Neubildung sieht, der andere Theil (Virchow, Kaposi, Dehio) aber keinen wesentlichen Unterschied zwischen lepröser und nicht-lepröser kleinzelliger, entzündlicher Wucherung innerhalb der Nervenstämmen zu finden vermag, — so lange nicht etwa die Leprabacillen den Ausschlag bei der Diagnose schwierigster Fälle geben, so lange halte ich in Fällen, die in ihrem klinischen Verhalten der typischen Lepra so wenig gleichkommen, wie die 3 Steudener'schen, die Annahme einer irrthümlichen Auffassung und Deutung des microscopischen Befundes für berechtigt. Noch sind die mannigfaltigen Syntome der Haut und der Schleimhäute das entscheidende Moment für die Diagnose, und man kommt mit ihnen auch aus, denn wie Danielssen und Boeck es zuerst ausgesprochen und wie es die zahlreichen Mittheilungen aus den verschiedensten Lepragegenden der Erde bestätigt haben, ist die Lepra, wo sie vorkam und noch vorkommt, in ihren Erscheinungen durchaus constant.

Aus den angeführten Gründen möchte ich den ersten Steudener'schen Fall ebensowenig für Lepra halten, wie die beiden anderen, für deren leprösen Charakter ich auch nicht den geringsten Beweis finde. Bergmann ⁴⁾ ist geneigt, auch den 3. Steudener'schen Fall für Lepra gelten zu lassen, — wie mir scheint, nur der neben der Muskelatrophie und herabgesetzten Empfindlichkeit vorkommenden „Blasen-

1) Steudener: l. c. pg. 16.

2) Bergmann: l. c. pg. 222 und 264.

3) Dehio: l. c. pg. 49.

4) Bergmann: l. c. pg. 266.

bildung“ wegen. Meiner Meinung nach ist es unstatthaft, in einer einzigen „vesica purulenta“ eine lepröse „Blasenbildung“ zu sehen.

Im Anschluss an die kritische Betrachtung der Steudener'schen Fälle will ich die Diagnose meiner eigenen mit ein Paar Worten berühren. Ich halte es für unnöthig, der Besprechung meiner Fälle ein besonderes Kapitel unter der Aufschrift Diagnose anzureihen, denn durch den stetigen Vergleich und die dabei gezeigte Uebereinstimmung mit den von Danielssen und Boeck für Norwegen und von Bergmann für Livland gezeichneten Krankheitsbildern, glaube ich schon den Beweis geliefert zu haben, dass es sich bei meinen Kranken thatsächlich um Lepra handelt. Was ferner die Differentialdiagnose zwischen Lepra einerseits und secundärer und tertiärer Syphilis, Lupus (*hypertrophicus et serpiginosus*), Fibroma molluscum, Erythema nodosum, Elephantiasis Arabum, der Bindegewebshypertrophie an den Extremitäten nach alten Verschwärungsprocessen, Pemphigus vulgaris chronicus, Myoatrophia progressiva etc. andererseits anbetrifft, so kann ich zu dem, was Bergmann hierüber gesagt hat, aus meiner bisherigen Erfahrung nichts Neues hinzufügen; es wird sich wohl auch kaum noch etwas wesentlich Neues hinzufügen lassen. Ich verweise daher den sich hiefür interessirenden Leser auf Bergmann's häufig citirte Arbeit in der St. Petersburger medic. Zeitschrift aus dem Jahre 1869.

Einen von meinen Fällen muss ich aber doch differentialdiagnostisch beleuchten, da er sonst viel Widerspruch erregen könnte; das ist der Fall XX, Theodor Weide. Wir sehen an der Haut des Patienten allerlei Veränderungen, aber keine typisch leprösen: weder Knoten, noch Blasen, noch Flecke, es sei denn, dass man die dunklen, roseolaartigen am Abdomen und unteren Rückentheil für solche halten wollte. Dagegen fehlen die Augenbrauen und die Wimpern an den etwas verdickten Lidern, und über dem linken Auge ist eine röthliche Stelle, die entschieden weniger Empfindlichkeit gegen Nadelstiche zeigt als die Umgebung. Anaesthesieen an den unteren Extremitäten und Vorderarmen sind überhaupt das wesentlichste Krankheitssymptom; dann sind noch an den Unterschenkeln die oberflächlich gelegenen Nervenstämme der Palpatio zugänglich und auf Druck schmerzhaft. Die Anamnese ergiebt sehr wenig Brauchbares und im Verlaufe ist auch nichts Charakteristisches notirt worden. Ich kenne diesen Fall nicht aus eigener Beobachtung und gestehe, dass es mir schwer fällt, aus der Krankengeschichte ein deutliches Krankheitsbild zu gewinnen; fasse ich jedoch die ganz unregelmässig vertheilten, sich an kein bestimmtes Nervengebiet haltenden, verschieden hochgradigen Anaesthesieen, die verdickten, palpablen Nervenstämme und die Atrophie der Handmuskeln zusammen und füge ich von den vielen Hautveränderungen die dunklen, roseolaartigen Flecke und die unregelmässigen weissen Narben, die vielleicht doch nicht alle nach mechanischen Verletzungen und Furunkeln entstanden sind, noch hinzu, des-

gleichen das Symptom der fehlenden Augenbrauen und Wimpern, so muss ich allerdings stark an Lepra denken, denn für Tabes dorsualis oder irgend eine andere Rückenmarkskrankheit, an die man noch denken könnte, finde ich viel weniger Anhaltspunkte. Die Diagnose Lepra wird aber erhärtet durch den microscopischen Befund an dem excidirten Stück des N. peroneus superf. sin., der den damaligen Beobachtern zwischen den Nervenfasern und Nervenbündeln die lepröse kleinzellige, circumscripte Infiltration, auf die Bergmann soviel Gewicht legt, deutlich vorwies. Doch auch ohne diesen microscopischen Befund dürfte man hier, glaube ich, mit mehr Recht Lepra diagnosticiren, als es Steudener bei seinen beiden letzten Fällen gethan hat.

Wie bei der tuberösen Form der Lepra haben wir auch bei der anaesthetischen keine Gelegenheit gehabt, Endstadien mit Ausgang in Siechthum und Tod zu beobachten. — Nicht unerwähnt will ich lassen, dass die Lymphdrüsen bei unseren 5 Patienten mit Lepra anaesthetica garnicht geschwollen waren, während sie bei denen mit Lepra tuberosa vielfach recht beträchtliche Schwellungen aufwiesen. Bergmann äussert sich über das Verhalten der Lymphdrüsen bei der anaesthetischen Form gar nicht, wahrscheinlich waren bei seinen Patienten auch keine bemerkenswerthen Schwellungen vorhanden.

Von sonstigen, nicht gerade constanten Beobachtungen, die an den Leprösen im Verlaufe ihrer Krankheit gemacht werden, führen Danielssen und Boeck quälendes Trockenheitsgefühl im Rachen und Oesophagus, beständiges Frostgefühl und Functionsstörungen in der geschlechtlichen Sphäre, wie unregelmässige Menstruation, verminderten Geschlechtstrieb, früheintretende Zeugungsunfähigkeit und drgl. m. an. Von allem diesem ist in meinen Krankengeschichten nichts vermerkt worden, da ich in den klinischen Notizen über die einzelnen Patienten nichts Diesbezügliches vorgefunden habe und wo ich selbst danach habe fragen können, da erhielt ich meist negative Antworten; zutreffend war nur die Angabe der Patienten X und XI über beständiges Frostgefühl im ganzen Körper, das thermometrisch nicht nachgewiesen werden konnte.

Ueber verminderten Geschlechtstrieb hatte sich keiner der von mir befragten Patienten zu beklagen, Pat. X sprach nur darüber seine Verwunderung aus, dass seine Frau, die vollständig gesund sei, garnicht concipire. Dass dieser Umstand irgend wie mit der Lepra des Mannes zusammenhängt, ist sehr unwahrscheinlich, da Patient schon viele Jahre vor Beginn seiner Lepra mit derselben Frau verheirathet war.

Hinsichtlich der Combinationen der Lepra mit anderen chronischen Hautkrankheiten, denen Danielssen und Boeck ein besonderes Kapitel widmen, und deren auch Bergmann ziemlich eingehend gedenkt, kann ich nur sagen, dass solche sicherlich in viel mehr Fällen vorhanden gewesen sind, als in den drei, wo es in unserem Material extra verzeichnet ist. Hautkrankheiten wie Scabies, Eczeme, Furunculosis, Pityriasis versicolor sind bei unserem Landvolke ein so gewöhnliches Vorkommniss, dass wir nur

selten einen Bauer auf unseren Kliniken sehen, der ganz reine und gesunde Haut hat. Betreffs der Beobachtung von Danielssen und Boeck, dass diese Hautaffectionen durch ihr Bestehen verlangsamend, durch ihr Schwinden beschleunigend auf den Verlauf der Lepra einwirken¹⁾, habe ich zu bemerken, dass hier in Dorpat alle Leprösen, die mit dergleichen Complicationen behaftet waren, zunächst von diesen befreit wurden, ohne dass sich deshalb eine acute Verschlimmerung im Lepraprocess jemals gezeigt hätte. —

Was schliesslich die an unseren Kranken angestrebte Therapie anbetrifft, so haben sich alle angewandten Mittel gegen die Lepranoxe selbst vollständig ohnmächtig erwiesen. Es sind wohl die verschiedenen grösseren und kleineren Ulcerationen durch das geeignete chirurgische Verfahren vielfach zur Verheilung oder doch zur Verheilungstendenz gebracht werden, es ist ferner das Allgemeinbefinden durch häufige warme Bäder, gute Kost, frische Luft und gelegentlich auch durch Zuhilfenahme eines Robotans bedeutend gebessert worden, es sind auch die nicht leprösen Complicationen, so weit es möglich war, beseitigt worden, die Lepra selbst ist aber unverändert geblieben; w e s e n t l i c h gebessert hat keiner von den Patienten die Klinik verlassen. Diese Erfahrung ist hier auch früher stets gemacht worden, und die Unheilbarkeit der Lepra daher eine allgemein anerkannte Thatsache. Dieses der Grund, warum sich die Leprösen verhältnissmässig so selten in die Hospitäler begeben und warum sie so kurze Zeit dort bleiben.

Speciell gegen die Lepranoxe wurden zuerst Carbolpillen und Gurjunbalsam innerlich gereicht, dann folgten Creosotpillen, — alles erfolglos. Die Creosotpillen verdanken ihre Anwendung der warmen Fürsprache Dr. Langerhans²⁾ auf Madeira, auf dessen Empfehlung sie Dr. Perez auf Tenerifa in 3 frischen Leprafällen angewandt hat und dadurch in dem einen Falle durch längere Zeit constatirte Heilung, in den beiden anderen bedeutende Besserung erzielt haben will. Meiner Meinung nach müsste man mit dem Lobe solcher Mittel vorsichtiger sein, denn man hat häufig genug auch ohne Creosotpillen in noch frischen Fällen Flecke, Knoten und Anaesthesien auf viele Monate zurückgehen und auch in späteren Stadien den Lepraprocess manchmal Jahre lang Halt machen sehen; es liegt daher näher, in den 3 von Langerhans angeführten Fällen an eine spontane Rückbildung einzelner Symptome als an eine specifische Wirkung der gereichten Creosotpillen zu denken. Die Pillen wurden übrigens von unseren Patienten, so lange sie dieselben hier nahmen, gut vertragen; ob das aber auch für den längeren Fortgebrauch zutrifft, lasse ich ungesagt, dazu sind eben längere Beobachtungen nöthig. —

1) Danielssen und Boeck l. c. pg. 322.

2) Langerhans: Zur Behandlung der Lepra. Virch. Arch. Bd. 85, pg. 567.

Die Lepra ist bisher noch unheilbar und wird es auch solange bleiben, bis ihre Pathogenese und Aetiologie erforscht sind. In dieser Beziehung ist unsere livländische Lepra noch garnicht Gegenstand der Forschung geworden; niemand hat die Leprakranken in ihren Dörfern und in ihren Häusern aufgesucht, um aus ihrer Gesamtzahl, ihrer Lebensweise, ihrer Vertheilung im Lande, den klimatischen Verhältnissen der am stärksten heimgesuchten Orte etc. Anhaltspunkte für die Aetiologie, Contagiosität, autochthone Entstehung oder Einschleppung und Vererbung dieser Volksseuche zu gewinnen. Und doch ist Livland, vielleicht auch Estland, eine Gegend, wo echte, wahre Lepra häufig genug vorkommt, um auf obenbezeichnete Fragen brauchbare Antworten geben zu können, — das hat vorliegende Arbeit unzweifelhaft dargethan. Jetzt gerade, wo nach Entdeckung des Bacillus leprae, des vermeintlichen Urhebers der bösen Krankheit, die Frage nach der Contagiosität des Aussatzes — welche Anschauung in der neueren Zeit fast ganz verlassen war — wieder in den Vordergrund tritt, wo die Entdecker der Leprabacillen und die jüngsten Forscher auf diesem Gebiete (Armauer Hansen, Neisser, Köbner, Carter, Cornil) die Lepra als eine durch Contagion und nicht durch Vererbung übertragbare Krankheit hinstellen und wiederum für Isolirung der armen Aussätzigen zu plaidiren anfangen, da scheint es mir besonders geboten, an Ort und Stelle gründliche Studien zu treiben und über Zu- und Abnahme der Krankheit genau Buch zu führen, damit auch von Livland aus zur Lösung dieser eminent wichtigen Fragen ein wesentlicher Beitrag geliefert werde, wie es die wissenschaftliche Welt nach dem in unseren Provinzen vorhandenen Materiale wohl erwarten darf.

Ich spreche daher am Schlusse meiner Arbeit den während der Abfassung derselben vielfach gehegten Wunsch aus, es möchten sich Mittel und Leute finden, unsere baltische Leprafage von dieser Seite in Angriff zu nehmen.

Anhang.

Seit dem Jahre 1870 finden sich in den mir zugänglich gewesenen Journalen der Dorpater medicinischen und chirurgischen Klinik 81 Leprafälle verzeichnet; rechne ich noch die 23 aus Bergmann's Arbeit hinzu, so haben wir eine Gesamtzahl von 104 Fällen, die sich auf die drei baltischen Provinzen und deren Kreise und Kirchspiele, sowie auf das östliche Peipusufer im Gouvernement Petersburg folgendermaassen vertheilen:

Aus Livland stammen 77 Patienten,			
„	Estland	„	17
„	Kurland	„	3
„	d. G. Ptrbg.	„	7
			104 Patienten.

Von diesen 104 Leprösen gehören 20 der anaesthetischen Form an, 84 der tuberösen und gemischten.

Von den 77 Patienten **Livlands** entfallen auf den

1) **Dorpat'schen Kreis** 26
und zwar auf das

Kirchspiel	Dorpat	11
	(Stadt Dorpat, Tammist, Warrol, Anrepshof).	
„	Eks	3
	(Sotaga).	
„	Koddafer	3
	(Allatzkiwwi, Kockora).	
„	Torma	2
	(Tschorna).	
„	Lais	1
	(Flemmingshof).	
„	Theal-Foelk	2
	(Kuikatz).	
„	Ringén	1
	(Hellenorm).	
„	Wendau	2
	(Kurrista).	
„	Camby	1
	(Duckershof).	
		26

1) Anmerkung: Die in Klammern stehenden Ortsnamen bezeichnen die Güter und Gesinde, wo die Patienten sich aufhalten.

2) **Fellin'schen Kreis** **21**

und zwar auf das

Kirchspiel	Tarwast	14
	(Tarwast, Suislep).	
„	St. Johannis	3
	(Catharina - Spiegelfabrik, Lisette - Glashütte).	
„	Pillistfer	2
	(Kabbal).	
„	Fellin-Köppo	2
	(Fellin, Köppo).	
		<hr/>
		21

3) **Pernau'schen Kreis** **10**

Stadt	Pernau	1
Kirchspiel	Saara	7
	(Tignitz, Saara, Laiksaar).	
„	Hallist	2
	(Penniküll, Alt-Karrishof).	
		<hr/>
		10

4) **Wolmar'schen Kreis** **13**

Kirchspiel	Rujen	9
	(Rujen, Moiseküll, Würken, Seiershof, Königshof).	
„	Burtneck	1
	(Burtneck).	
„	Lemsal	1
	(Wilkenhof).	
„	Salis	1
	(Alt-Salis).	
„	Salisburg	1
	(Salisburg).	
		<hr/>
		13

5) **Walk'schen Kreis** **1**

Kirchspiel	Walk	1
	(Friedrichshof).	

6) **Werro'schen Kreis** **5**

Stadt	Werro	1
Kirchspiel	Pölwe	1
	(Warbus).	
„	Antzen	2
	(Koik).	
„	Rappin	1
	(Rappin).	
		<hr/>
		5

7) **Riga'schen Kreis** **1**

Kirchspiel	Adiamünde	1
	(Adiamünde).	

8) **Wenden'schen Kreis** **0.**

Von den 17 Patienten **Estlands** entfallen auf den

1) **Kreis Harrien** **8**

Reval und Umgebung	4
------------------------------	---

Kirchspiel H a g g e r s	1
(Koib).	
„ J e g l e c h t	1
(Jeglecht).	
„ K o s c h	1
(Rooküll).	
„ S t . J o h a n n i s	1
(Penningby).	<u>1</u>
	8
2) Kreis Wiek	1
Stadt H a p s a l	1
3) Kreis Jerwen	3
Kirchspiel S t . J o h a n n i s	2
(Kardina).	
„ S t . M a r i e n - M a g d a l e n e n	1
(Piep).	<u>1</u>
	3
4) Kreis Wierland	5
Kirchspiel S t . S i m o n i s	1
(Simonis).	
„ W e s e n b e r g	2
(Tolks).	
Stadt N a r v a ¹⁾	2
	<u>2</u>
	5

Von den 3 Patienten **Kurlands** entfallen auf

S c h a g a r r e n	1
(Dicht an der Grenze des lithauischen Geuernements Kowno).	
T a l s e n	1
T u c k u m	1
	<u>1</u>
	3

Die 5 Patienten vom **östlichen Peipusufer** gehören alle zum Kreise **G d o w** des Gouvernements Petersburg.

So wenig erschöpfende und wissenschaftlich verwendbare Daten diese kleine Statistik auch liefern mag, so ist sie doch insofern von Werth, als sie zeigt, dass die Lepra nicht gleichmässig über Livland zerstreut ist, sondern dass sie sich in manchen Gegenden häuft und diese gleichsam als Lepraerde hervortreten lässt. Als solche Herde ergeben sich die Umgegend von Dorpat, namentlich die nordöstliche, nach dem Peipus zu gelegene, sowie das Peipusufer selbst, ferner das Kirchspiel Tarwast am Wirtzjerw im Fellin'schen Kreise, das Kirchspiel Saara im Pernau'schen und das Kirchspiel Rujen im Wolmar'schen Kreise. Dass der Dorpat'sche Kreis am meisten Patienten aufweist, will nicht viel besagen, denn es ist ganz natürlich, dass die unseren Kliniken zunächst lebenden Patienten diese zahlreicher aufsuchen als die ferner wohnenden; dass aber die Patienten vorwiegend aus dem östlichen Theile dieses Kreises kommen,

1) Anmerkung: Die Grenzstadt Narva rechne ich zu Estland.

nächstem aus dem Fellin'schen, Wolmar'schen und Pernau'schen Kreise, obgleich diese von Dorpat weiter oder zum mindesten doch ebensoweit liegen als die viel weniger Patienten liefernden Kreise Werro und Walk, das ist doch recht auffallend und dürfte nicht blos auf Zufälligkeiten beruhen. Dass aus dem Wenden'schen und Riga'schen¹⁾ Kreise gar keine Patienten zu verzeichnen sind, könnte man durch die Nähe Riga's zu erklären geneigt sein, doch weisen die Ambulanzen Riga's, wie ich das aus privaten Nachrichten vom dortigen allgemeinen Krankenhause habe, nur sehr wenig Lepröse auf, und hört man auch allgemein sagen, dass in Südlivland Lepra überhaupt ungemein selten vorkomme. Dasselbe gilt auch von ganz Kurland, dessen drei hier zur Vorstellung gelangte Patienten von gar keiner Bedeutung sind, zumal man nicht weiss, ob sie ihre Lepra auch wirklich in Kurland acquirirt haben.

Estland verhält sich hierin schon wieder anders, da scheint die Lepra über das ganze Land ziemlich gleichmässig vertheilt zu sein, wir haben da Patienten aus allen 4 Kreisen zu registriren, die meisten allerdings aus Ortschaften, die der nach Dorpat führenden Eisenbahn zunächst liegen.

Ein wenn auch nicht in Livland gelegener, so doch mit den Kliniken Dorpats in beständigem Verkehr stehender Ort ist der mit fünf Patienten notirte Kreis Gdow, den, sowie die ganze Peipusgegend, eine alte Dorpater Tradition als uralten Lepra-herd bezeichnet. Das ist auch nicht so unrichtig, denn aus der Peipusgegend stammen allerdings recht viele unserer Patienten, gegen 25. Ob aber für ihre Lepra auch wirklich das Fischereigewerbe, die Seeluft, die Sümpfe, der stetige Fischgenuss u. dergl. m. verantwortlich gemacht werden kann, wie jene Tradition das thut, erscheint mir doch sehr fraglich, wenn ich bedenke, dass einerseits mitten im Lande, wo doch ganz andere Bedingungen obwalten, Lepra gleichfalls herdweise vorkommt, und dass andererseits an der Meeresküste, wo doch wiederum vielfach dieselben Bedingungen zutreffen wie in der Peipusgegend, Lepra nur ganz vereinzelt zu finden sein dürfte, — wenigstens spricht unsere Statistik dafür. Es bleibt aber immerhin auffallend, dass ein zweiter hervorstechender Lepra-herd, Tarwast, auch an einem grösseren Landsee gelegen ist.

Man sieht also, wie nothwendig es ist, die Lepragegenden selbst aufzusuchen und die klimatischen, socialen und hygieinischen Verhältnisse daselbst genau zu studiren, wenn man sicherere Anhaltspunkte für die Lösung der überaus wichtigen und interessanten Frage nach der Pathogenese und Aetiologie der Lepra gewinnen will. Dass nun derjenige Forscher, der sich mit dieser Absicht auf die Suche begiebt, von vornherein weiss, wo er am ehesten etwas Brauchbares finden kann, — das ist der Zweck dieses Anhangs und auch mit der der ganzen Arbeit.

Dorpat, im October 1884.

1) Anmerkung: Das Grenzkirchspiel Adiamünde kann man sehr wohl zum Wolmar'schen Kreise rechnen, es hat auch noch vor wenigen Jahren dahin gehört.

Thesen.

1. Die Lepra ist eine Infectionskrankheit, aber keine contagiöse und keine miasmatische.
2. Die klinische Eintheilung der Lepra nach Neisser¹⁾ in eine Lepra cutanea und Lepra nervorum ist zu verwerfen.
3. Die Bezeichnungen: Lepra Graecorum, Lepra Arabum, Elephantiasis Graecorum, Elephantiasis Arabum sind als begriffsverwirrend ausser Gebrauch zu setzen.
4. Es ist noch nicht erwiesen, dass die physiologischen Sekrete und das Blutplasma Syphilitischer das Syphilisvirus nicht enthalten.
5. Die Excision des Ulcus durum als Prophylaxe gegen constitutionelle Syphilis ist unnütz.
6. Bei der Kniegelenkresection nach Textor mit Exstirpation der Kapsel und Patella ist der zungenförmige Hautlappen vor Schluss der Wunde stets zu fenstern und mit einem Drain zu versehen.
7. Blutungen aus Nase, Mund und Ohr und Sugillationen der Conjunctiva und Lidhaut nach Kopfverletzungen sind durchaus keine sicheren Zeichen für erfolgte Basisfractur.
8. Der ausgedehnte therapeutische Gebrauch des Eisens bei „bleichsüchtigen“ jungen Mädchen ist meist ein Missbrauch. —

1) In Ziemssen's Handbuch. Bd. XIV. 1883.

Berichtigungen.

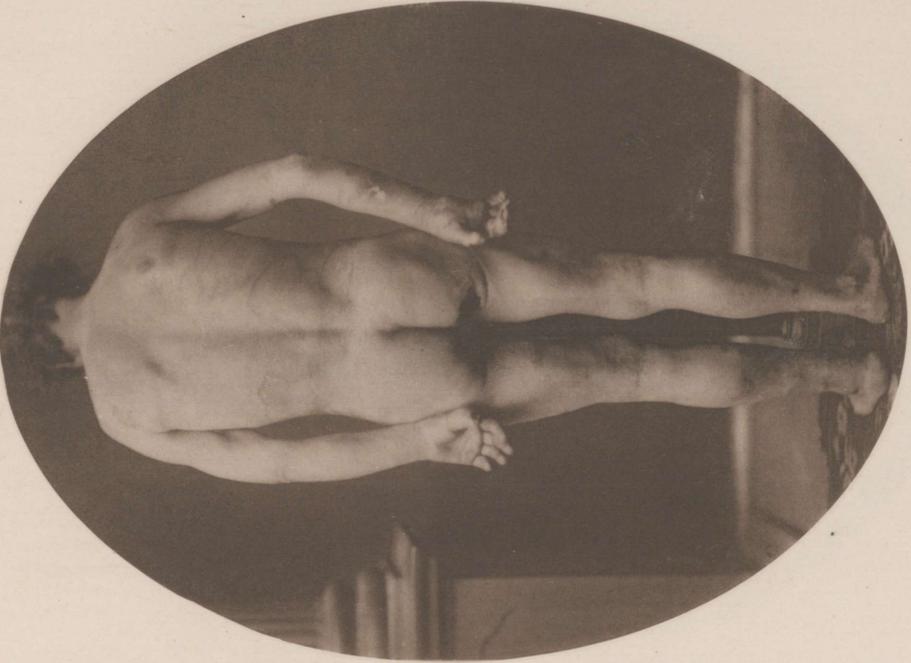
Tabelle 1	Kopf d.	8. Rubrik	statt: Beschäftigung	lies: Beschäftigungsart.
"	1 u. 2	" "	12. " " Gesundheitszustand	" Gesundheitszustand.
"	1, 2 u. 3	" "	14. " " Symp-tomen	" Sym-ptomen.
Fall XIII,	b, vorletzte	Rubrik	" 29/VIII—30/VIII	" 20/VIII—30/VIII.
Seite 9	Zeile 4	von oben	" cher	" eher.
"	10	" 18 " "	" Cf. Taf. I u. II	" Cf. Taf. I, II, III.
"	19	Zeile 2	der Anmerkung fällt zwischen den Worten intercurrente und acute das , fort.	
"	20	" 11	von unten statt: anlänglich	lise: anfänglich.
"	25	" 2	" oben " eine gegen	" gegen eine
"	26	" 16	" unten ist das Wort verhältnissmässig zu streichen.	
"	27	" 8	" " statt: Prezess	lies: Prozess.
"	29	" 2	" oben " XXII	" XXIII.
"	29	" 15	" " anaestetischen	" anaesthetischen.
"	32	" 1	" " XXIII u. XXIV	" XXII u. XIV.
"	32	" 8	" unten " zur bedeutenden	" zu bedeutender.
"	33	" 4	" " selbst	" daselbst.
"	38	" 12	" oben " werden	" worden.
"	42	" 16	" unten " Geuvernement	" Gouvernement.

XXIII 2.



XXIII 1.

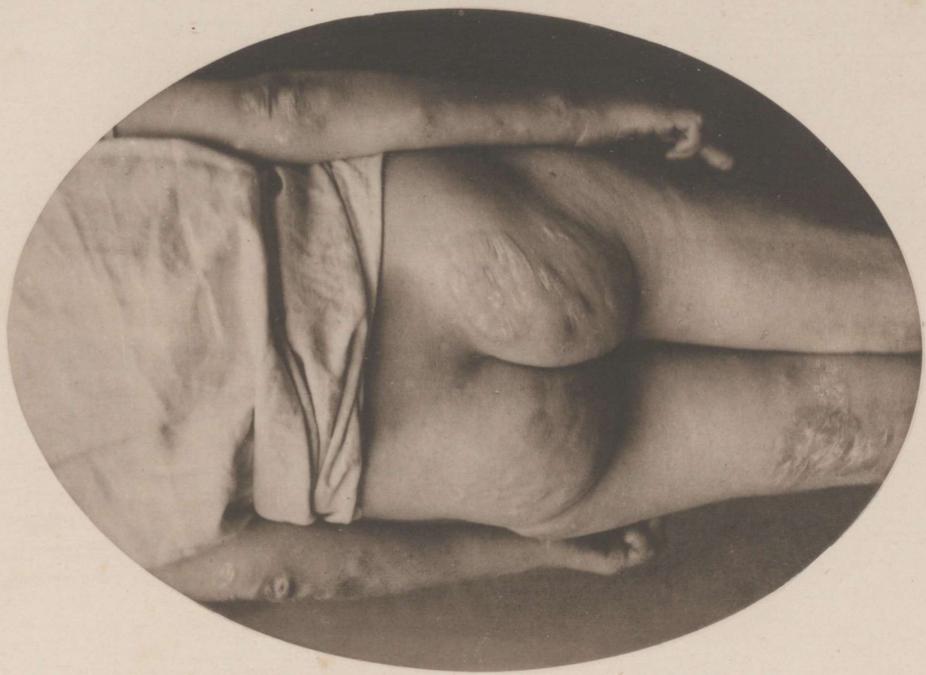




XXII.

XXIII 3.

XXIV 2.



XXIV 1.

