Psychose und Induktionspsychose.

Von Dr. Adalbert Raebiger, Kaiserlicher Regierungsarzt in Victoria (Kamerun).

Wenn die beiden folgenden Krankheitsgeschichten psychiatrisch auch nichts Neues bringen, so dürften sie doch ein Anrecht auf das Interesse weiterer Kreise haben, weil die zweite einen typischen, ich möchte sagen Schulfall von sogenannter Induktionspsychose repräsentiert.

Wir sind gewöhnt, als Induktionspsychosen solche Geisteskrankheiten zu bezeichnen, die durch eine Art psychischer Infektion — *sit venia verbo* — hervorgerufen werden. Natürlich ist eine gewisse Prädisposition für die Entstehung derartiger Erkrankungen immer Voraussetzung. Nur belastete oder sonst psychisch minderwertige, labile Individuen werden durch das Zusammenleben mit Geisteskranken selbst in ihrem seelischen Gleichgewicht gefährdet sein. Es mag frivol klingen, ist aber eine durch wiederholte Beobachtung erwiesene Tatsache, daß religiös besonders tief veranlagte Individuen leichter als andere, natürlich gesunde, einem solchen Insult unterliegen. Auch vorliegender Fall scheint für die Richtigkeit der Beobachtung zu sprechen. Daß die Umgebung, die Gesamtheit der äußeren Verhältnisse dabei eine Rolle von nicht zu unterschätzender Bedeutung spielen, bedarf wohl nicht erst der Erwähnung. Die an sich nachdenklich stimmende Einsamkeit des afrikanischen Urwaldes wird einen psychisch nicht gerade robusten Menschen, der allein, als einziger Weißer, mit einem Geisteskranken zusammenleben muß, selbstverständlich leichter über die Grenze psychischer Gesundheit hinweggleiten lassen als die heimische europäische Umgebung, die, auch unter denkbar unkultivierten Verhältnissen, stets mannigfache Gelegenheit zu geistiger Ablenkung bietet.

Fall 1. Karl Hi., 31 Jahre alt, Pflanzungsleiter, war als Kind, nach Aussage eines Jugendbekannten, schwächlich und skrofulös. Ueber erbliche Belastung ist nichts zu eruieren. Er ist seit Mai 1903, mit einer Unterbrechung von sechs Monaten Heimatsurlaub, in der Kolonie tätig. In den letzten Jahren war er Leiter einer

kleinen Pflanzung an der Nordkamerunküste und lebte dort mit einem Europäer, seit reichlich einem Jahr mit Herrn He. (siehe unten) zusammen. Mir ist er seit zwei Jahren bekannt und erschien mir immer leicht nervös. Unter den übrigen Europäern galt er allgemein als „komisch“. Man mied sein Haus, um nicht ungastlich behandelt, eventuell sogar zum Weitergehen aufgefordert zu werden. Europäer einer benachbarten Pflanzung erzählten, daß er in den letzten Wochen vor seiner Erkrankung auf Boote, die nachts in der Nähe der Küste vor seiner Pflanzung auftauchten, mit dem Karabiner geschossen habe. Seine eigenen Bootsleute hatten ein Horn und mußten sich schon von weitem durch wiederholte Signale kenntlich machen. In Alcoholicis soll er mäßig gewesen sein. Sexuell wird ihm eine starke Betätigung in normaler Richtung nachgesagt.

Am 20. August 1908, nachmittags, lief der Dampfer „Kamerun“ die Pflanzung an, um Kakao zu laden. Als der zweite Offizier an Land kam, fand er die schwarzen Arbeiter der Pflanzung müßig umherstehend und hörte von ihnen, daß die beiden Europäer, Hi. und He., krank seien. Er fand beide „bewußtlos“ in ihren Betten vor. Der herbeigeholte Schiffsarzt stellte die Diagnose „Vergiftung“ und ordnete die sofortige Ueberführung der Kranken ins nächste Hospital an. Abends 8 Uhr traf „Kamerun“ vor Victoria ein. Die Kranken wurden sofort unter ärztlicher Bewachung von Bord ins Hospital geschafft.

Befund bei der Aufnahme: Untermittelgroßer, schlankgebauter Mann mit mäßig entwickelter Muskulatur und gutem Ernährungszustand, liegt regungslos im Bett, reagiert nicht auf Anruf. Kein Fieber. Atmung ruhig, regelmäßig. Puls regelmäßig, kräftig, leicht verlangsamt (62 in der Minute). Mund und Augen werden krampfhaft zugekniffen und sind nur mit Mühe zu öffnen. Die Muskulatur der Extremitäten ist straff kontrahiert; passive Bewegungen sind nur mit einigem Kraftaufwand möglich. Die passiv erhobenen Arme bleiben in wachsartiger Starre stehen. Kopf frei von Narben, bei Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen beiderseits gleich, reagieren gut auf Lichteinfall. Beide Gesichtshälften gleich innerviert. Herz und Lungen ohne Besonderheiten. Leib etwas eingesunken, leicht tympanitisch, auf Druck anscheinend empfindlich (leichte Abwehrbewegungen). Blase leer (schon vom Schiffsarzt entleert, angeblich wenig normaler Inhalt). Bauchdecken-, Kremaster- und Patellarreflexe beiderseits gleich, nicht gesteigert. Bei Anwendung stärkerer Reize (Liq. Ammon. caustic.) starke Abwehrbewegungen und kurzes Öffnen der Augen. Wenige Minuten nach der Aufnahme hatte die Muskelspannung der Extremitäten etwas nachgelassen. Dauernde Wache, Einlauf, nach Darmentleerung feuchte Packung.

21. August. Puls 78, regelmäßig, kräftig. Kein Fieber. Stuhl nach Einlauf reichlich, halbweich, mikroskopisch ohne Besonderheiten. Wachsartige Starre der Extremitäten-Muskulatur. Beim künstlichen Ernährungsversuch (Einführen der Sonde durch die Nase, da durch den Mund nicht möglich) energische Abwehrbewegungen; Erfolg schließlich mit halbfester Sonde.

Nach Aussage des schwarzen Dieners hat Hi. schon seit dem 16. August teilnahmslos im Bett gelegen, soll aber, wenn er allein war, gegessen haben und auch am Fenster gesehen worden sein. He. habe ihn am 16. besucht und längere Zeit an seinem Bett gebetet. Hi. habe sich dabei völlig apathisch verhalten.

22. August. Etwas freier, erkennt den Arzt, trinkt sein Nahrungsmisch auf Zureden. Stuhl nach Einlauf, Urin in die Ente entleert.

24. August. Spricht nicht, liegt wie schlafend da, trinkt aber spontan sein Nahrungsmisch.

25. August. Unverändert. Urin trüb, alkalisch, Schleim und Eiter enthaltend, — Fol. uv. ursi und Urotropin.

26. August. Unverändert, ißt aber gut (Milch, Kaffee, Brot, Suppe mit Reis, wenig Fleisch mit Kartoffeln).

28. August. Bei der Visite unverändert. Liest nach Aussage des schwarzen Heilgehilfen in Abwesenheit des Arztes die „Woche“ Schickte gestern einen Zettel nach der Post mit der Bitte, ihm seine Postsachen zu schicken. Fragte neulich den schwarzen Heilgehilfen, ob der Dampfer „Hans Woermann“ da sei.

2. September. Urin besser. Weiter Urotropin. Sonst keine Aenderung.

8. September. Warf gestern Abend Geschirr und Essen an den Boden, fluchte und schimpfte.

9. September. Steht bei der Morgenvisite an der Zimmertür und sieht sich scheu um, verschwindet aber, sobald er den Arzt erblickt, legt sich ins Bett und reagiert in keiner Weise. Bei der Abendvisite sitzt er angekleidet auf der Veranda, spricht aber nicht.

10. September. Sitzt auf der Veranda, erwidert den Gruß des Arztes. Es gehe ihm schlecht, er wisse aber nicht, was mit ihm los sei; er sei doch früher immer gesund gewesen. Er habe schlecht geschlafen. Einem anderen Kranken erzählte er, sein Leiden datiere schon seit März. Er sei damals in der Nacht von jemand, wahr-

scheinlich von He., am Rücken gefaßt worden und habe dabei einen heftigen Schmerz verspürt. He. habe ihn seitdem immer so fest angesehen, als habe er ihn hypnotisieren wollen. Am Tage seiner Erkrankung sei He. zu ihm aufs Zimmer gekommen, habe ihn wieder so starr angesehen, seine Hand ergriffen und ihm gesagt, er solle fortwährend nur „ja, nein, ja, nein“, sagen. Er sei nicht imstande gewesen, den Blick von He. zu wenden, und habe sich ihm gefügt. Schließlich habe He. seine Hand losgelassen, und dann sei ihm schlecht geworden. Man müsse gegen He. doch gerichtlich vorgehen. — Während dieser Erzählung erscheint He. auf der Veranda. Patient sieht ihn scheu an, verstummt und verschwindet in seinem Zimmer. Spricht auch am Abend zum Arzt nicht mehr.

11. September. Verhält sich im allgemeinen ruhig, ißt gut. Gelegentlich wirft er Essen und Geschirr an den Boden, flucht und schimpft, die „Folterei und Quälerei“ müsse doch ein Ende nehmen. Klagt wiederholt über Schlaflosigkeit, weigert sich aber immer, das verordnete Veronal zu nehmen. Urin klar, schwach sauer.

15. September. Fragt, wann endlich die „Folterei“ zu Ende sei. Er werde fortwährend suggestiv beeinflusst. Alles habe sich gegen ihn verschworen. Wenn er an ernste Sachen denke, kämen ihm plötzlich wieder Sachen in den Kopf, „die jeder Moral ins Gesicht schlagen“. Selbst die Vögel brächten ihn durch ihr Pfeifen aus seinem Gedankengang; die seien ja auch von „ändern“ dazu gedungen. Auf die Frage, wer denn die „ändern“ seien, meint er, das wisse er nicht genau. He. sei es wohl nicht, der sei ja jetzt krank.

18. September. Ging gestern Abend zu He. ins Zimmer, umarmte ihn und faßte ihn an die Genitalien. Versuchte auch, zu dem hinzukommenden Hospitalverwalter und den schwarzen Heilgehilfen zärtlich zu werden.

19. September. Er habe einem Pflanzler M.-B. vor einiger Zeit Fixierbad in den Kaffee geschüttet und möchte doch wissen, ob M. nun tot sei. Es wäre dies vielleicht das Beste, dann würde er doch verurteilt werden und wohl endlich Ruhe bekommen. Er hätte auch noch andere Sachen auf dem Gewissen. Er werde doch hier ständig beobachtet; die anderen Kranken seien doch alle Kriminalisten, die gedungen wären, auf ihn aufzupassen. Auch der schwarze Hospitalkoch sei einer; der sei überhaupt nur ein gefärbter Europäer. Auch der Arzt gehöre zu den Leuten. Die Mitteilung, daß er morgen mit dem Zwischendampfer nach Hause fahren müsse, nimmt er ruhig hin, meint allerdings, seine Gesellschaft habe ihm doch nichts davon mitgeteilt. Stellt entschieden in Abrede, krank zu sein. Er sei auch bei der Aufnahme ins Hospital nicht krank gewesen und nur mit Gewalt im Auftrage der „ändern“ hierher gebracht worden. Er habe sich nur unter dem Einfluß der „ändern“ nicht widersetzen können. Auf die Frage, warum er noch im Hospital tagelang dagelegen habe, ohne zu sprechen und zu essen, meint er, das sei seine Natur. Ist zeitlich und örtlich orientiert. Körperlich ohne besonderen Befund. Urin klar, sauer.

20. September. Wird mit „Hans Woermann“ unter Bewachung mit He. zusammen nach Deutschland geschickt. Geht, von einem schwarzen Heilgehilfen geführt, ruhig vom Hospital bis zur Landungsbrücke, wird aber beim Betreten der zum Boot hinunterführenden Treppe ganz steif und starr und muß hineingehoben werden. Den Kopf vornübergebeugt, sitzt er gänzlich apathisch, mit geschlossenen Augen da und verharret auch an Bord weiter in diesem Zustande. Reagiert garnicht auf Anrede und läßt das Abendessen völlig unbeachtet stehen.

Fall 2. Anton He., 26 Jahre alt, Assistent auf der von Hi. geleiteten Pflanzung, seit Mai 1907 in der Kolonie.

Ueber Entwicklungsjahre und bezüglich erblicher Belastung nichts festzustellen. Soll nach Aussage anderer Europäer immer still und sehr fromm (katholisch) gewesen sein. Nach Aussage der Schwarzen betete er am ersten Tage, als Hi. krank lag, wiederholt an seinem Bett. Am zweiten Tage rief er sämtliche Arbeiter der Pflanzung vor der Europäerwohnung zusammen, ließ sie niederknien und betete mit ihnen. Dann sagte er zu den Leuten, sie sollten nicht mehr arbeiten, es sei alles doch vorbei. Am Abend des zweiten Tages gab er einem schwarzen Aufseher seine Browningpistole in die Hand mit der Aufforderung, ihn zu erschießen. Die Aufseher nahmen ihn deshalb über Nacht mit in ihre Wohnung, um ihn nicht allein zu lassen. Die nächsten drei Tage lag er, genau wie Hi., regungslos zu Bett. Soll seit drei Tagen nichts gegessen haben. 20. August 1908. Abends Aufnahme ins Hospital.

Befund: Mittelgroß, kräftig gebaut, gut entwickelte Muskulatur, guter Ernährungszustand. Liegt mit geschlossenen Augen im Bett, bewegt sich nur ab und zu etwas. Fieberfrei. Reagiert leicht auf Anruf, gibt nur spärliche konfuse Antworten, spricht undeutlich, lallend. Herzaktion leicht unregelmäßig, Puls 68 in der Minute. Sonstiger Befund wie bei Hi. (Wachsartige Starre der Muskulatur.) Wache, Einlauf, feuchte Packung.

21. August. Etwas freier. Da Nahrungsaufnahme verweigert wird, künstliche Ernährung wie bei Hi.

22. August. Völlig apathisch. Urin ins Bett entleert, Stuhl nach Einlauf.

23. August. Steht ab und zu auf, ängstlich und verwirrt umherschauend, läßt sich aber ohne Widerstreben ins Bett zurückbringen. Liegt oft mit gefalteten, erhobenen Händen da, lautlos die Lippen bewegend. Ernährung durch die Sonde unter heftigem Widerstreben.

26. August. In den letzten Tagen unverändert. Schlieft leidlich ohne Packung. Trinkt heute auf längeres Zureden hin sein Nahrungsmisch, meint erst, er könne doch nicht essen, es sei ja alles entzwei (zeigt dabei auf Brust und Kopf). Gegen Abend unruhig, drängt oft aus dem Bett, deshalb wieder Packung.

2. September. Steht auf Zureden einige Stunden auf, sitzt ruhig im Lehnstuhl, mit blödem Gesichtsausdruck ins Leere starrend. Antwortet nicht auf Fragen.

6. September. Etwas freier, ißt mit am Tisch der anderen, nicht bettlägerigen Kranken. „Wie geht es heute?“ — „Gut“. Spricht sonst aber nicht. Verhält sich ruhig.

15. September. Kaum verändert. Gibt auch nach wiederholten Fragen nur spärliche Antworten. Zeitlich und örtlich nicht orientiert.

19. September. Die Mitteilung, daß er morgen nach Hause fahren soll, läßt ihn teilnahmslos.

20. September. Wird mit Dampfer „Hans Woermann“ unter Bewachung nach Deutschland geschickt. Geht ohne Widerstreben mit dem schwarzen Heilgehilfen an Bord und ißt dort das ihm gereichte Abendessen. Als der erste Offizier, welcher He. auf der Pflanzung schon früher kennen gelernt hat, ihn begrüßt, ergreift er die zum Gruß gereichte Hand, spricht aber nicht, nur ein blödes Lächeln huscht über sein Gesicht.

Wie die vorliegenden Fälle prognostisch zu beurteilen sind, möchte ich nicht entscheiden. Fall 1, der schon hier und da die beginnende Systematisierung der Wahnideen durchblicken läßt, hat meines Erachtens recht wenig Aussichten auf Heilung; Fall 2 dürfte, unter völlig andere Verhältnisse und in heimische Umgebung gebracht, wohl eher wieder in normale Bahnen kommen.

Zum Schluß noch einige Worte allgemeiner Natur. In den geschilderten Fällen ist erbliche Belastung oder sonstige psychische Minderwertigkeit mit Sicherheit nicht nachweisbar. In dieser Richtung durch Angaben von Angehörigen etc. Genaueres zu eruieren, ist hier garnicht oder nur in Monaten mit Mühe möglich. In Fall 1 hat aber eine gewisse Prädisposition wohl sicher vorgelegen, und auch in Fall 2 ist es mir wahrscheinlich, daß ein gewisses Maß psychischer Labilität von Hause aus vorhanden war. Die beiden Krankheitsgeschichten enthalten deshalb eine ernste Mahnung für heimische Kreise, deren wirtschaftliche Interessen in den Tropen liegen. Ich habe schon früher wiederholt den Eindruck gewonnen, daß von Pflanzungs- und sonstigen privaten Gesellschaften für Unternehmungen in den Tropen die Auswahl des auszusendenden Personals zu wenig gewissenhaft gehandhabt wird. Vielleicht ist die Schuld weniger den betreffenden Gesellschaften als den sie bei der Auswahl des Personals beratenden Aerzten beizumessen. Jedenfalls sieht man hier garnicht selten Leute auftauchen, die bezüglich ihrer psychischen Konstitution keineswegs tropendienstfähig sind. Das Leben in den Tropen stellt an den Einzelnen fraglos höhere Anforderungen, nicht bloß in körperlicher Beziehung; die aequitas animi gerät hier draußen sicher leichter ins Schwanken als unter heimischen Verhältnissen. Bei sorgfältigerer Auswahl des Personals würde man sich manche Unannehmlichkeiten für später ersparen und so manchen Fall verhüten können, der nachher zu Hause unter der unglückseligen Diagnose „Tropenkoller“ in den Zeitungen figuriert, die Richter beschäftigt, die Gemüter der Allgemeinheit unruhigt und Afrika unverdientermaßen in schlechten Ruf bringt.