Tropenkrankheiten und koloniale Medizin.

Medizinische Mittheilungen aus unseren westafrikanischen Kolonien.

Von Dr. Eugen Joseph in Berlin.

Im Laufe der Studienzeit ist wohl jedem Mediziner die Gelegenheit gegeben, die gebräuchlichen, hier zu Lande bekannten Krankheitsbilder kennen zu lernen. An den grösseren Universitäten werden sogar häufig die einzelnen Variationen desselben pathologischen Zustandes einander gegenübergestellt. Naturgemäss nur sehr selten kommen exotische Krankheiten zur klinischen Repräsentation und selbst in dem Vortrage, durch den der klinische Lehrer die Charakteristik des betreffenden einheimischen Falles zu geben sucht, werden nur selten fremdländische Erkrankungen differentialdiagnostisch erwähnt oder zum theoretischen Vergleich herangezogen. So ist derjenige, der zum ersten Mal diesen Dingen gegenübertritt, mit Ausnahme der Weisheit, welche er aus Büchern schöpfen kann, in seinem praktischen Handeln ganz auf seine bisherige allgemein-medizinische Erziehung angewiesen, und er wird, auf die Krücken seiner anatomisch-physiologischen Kenntnisse und pathologisch-klinischen Erfahrungen gestützt, an das Bett eines exotisch Kranken herantreten und die Analogie mit den inländischen Erkrankungen sich selbst herausuchen müssen. In eine solche Lage zu kommen, ist gerade für einen jüngeren Arzt gar nicht allzu schwierig. Er braucht nicht einmal ausserdeutsches Land aufzusuchen, sondern nur unseren westafrikanischen Kolonien für ein paar Monate seinen Besuch als Schiffsarzt abzustatten.

Diejenige Erkrankung, mit welcher er sich alsdann hauptsächlich beschäftigen wird, ist die Malaria. Der Entstehungsgelegenheit nach müssen wir zwei Arten unterscheiden: die auf dem Lande und die auf dem Schiffe erworbene. Die letztere ist für Westafrika gar nicht so überraschend selten. Die Schiffe laufen tief in die Criques, in die Flussmündungen hinein, welche selbst die grössten Schiffe von 6–8 m Tiefgang aufnehmen können, trotzdem an manchen Plätzen, wie in Rio del Rey, die mit dichtem Buschwerk bewachsenen Deltas nur einige Meter von der Schiffswand entfernt sind. Am Morgen sieht man die elektrischen Lampen mit Hunderten todter Mosquitos bedeckt. So nimmt es wohl kein Wunder, wenn regelmässig bei diesen Fahrten ein Theil der Mannschaft an Malaria erkrankt, auch wenn sie niemals nachweislich westafrikanischen Boden betreten hat.

Andererseits flüchten sich häufig von allen Punkten der Küste Weisse auf das heimkehrende Schiff, welche von hartnäckiger Malaria geplagt, elend, abgemagert, mit dem bekannten erdfahlen Kolorit der chronischen Malaria behaftet, zuweilen moribund an Bord kommen. Manchmal genesen sie daselbst, namentlich wenn sie die Seefahrt mit einem längeren Aufenthalte in Madeira oder las Palmas combiniren. Viele ziehen es vor, direkt nach Europa zurückzukehren.

Die Malaria ist in Westafrika, wenigstens als „reine Malaria“ nicht diejenige Erkrankung, welche die meisten Opfer fordert. Die Sterblichkeit ist an der Westküste durch das Schwarzwasserfieber so gross, für das man immerhin eine Mortalität von 30% der Erkrankten rechnen muss. Wer den tintenfarbigen, eingedickten Urin sieht, der als das auffälligste Symptom der Krankheit den Namen gegeben hat, dem wird das leicht begreiflich erscheinen. Die meisten Todesfälle kommen auf Rechnung der Nierenverstopfung und nachfolgender Urämie; ein Theil geht zuweilen nach längerer Zeit an Herzschwäche zu Grunde, ein Theil, allerdings der geringste, an den Folgen des Blutverlustes. Da das Schwarzwasserfieber von Koch als eine durch Chininintoxikation provozierte Malarioform angesehen wird, so ist es nicht wunderbar, dass Schwarzwasserfieber auch auf dem Schiffe zum Ausbruch kommt, und es ist einige Male passirt, dass heimkehrende Afrikaner, welche in Afrika selbst nur unerheblich an Malaria zu leiden hatten, welche die ganze Reise über sich wohl und munter fühlten, in der Nähe von Dover oder Cuxhaven oder sogar in Deutschland selbst dieser tückischen Hämaturie erlegen sind. Die Behandlung besteht in Verabreichung von Diaphoreticis, in möglichst reichlicher Flüssigkeitszufuhr, womöglich per os, eventuell per klysmata oder durch subkutane Infusion, und in Ueberwachung der Herzthätigkeit. Der intensive Icterus, welcher einige Stunden nach dem ersten schwarzen Urin eintritt, verschwindet spontan.

Nächst dem Schwarzwasserfieber fordert die Dysenterie die meisten Opfer. Auch diese gelangt häufig in die Behandlung des Schiffsarztes, zumal da der Klimawechsel als von besonders günstiger Heilwirkung angesehen wird.

Das interessanteste Material in der afrikanischen Praxis liefern die Neger. Die Schiffe, welche längs der Westküste fahren, pflegen in Monrovia, der Hafen- und Hauptstadt des Negerfreistaates Liberia, dem ersten afrikanischen Platze, welchen sie anlaufen, Schwarze behufs Verrichtung der Maschinen- und Verladungsdienste als Mannschaft einzustellen. Diese Neger bleiben an Bord, bis das Schiff auf seiner Heimfahrt wieder Monrovia anläuft. Dann begeben sie sich nach ihrer Heimath Liberia zurück, verzehren dort ihren Verdienst und warten, bis der Dampfer auf seiner zweiten, resp. xten Reise von Hamburg kommend abermals Monrovia erreicht, um unter Führung ihres headman von neuem in den Schiffsdienst einzutreten. Naturgemäss sind diese Art Neger kultivirter und intelligenter als ihre schwarzen Landsleute im Innern, und sie wenden sich gern mit allen ihren Leiden an den weissen Schiffsdoktor, während sie den „black doctor“ am Lande nur mit Geringschätzung betrachten. Wir hatten auf diese Weise einige 60 Mann als provisorische Schiffsmannschaft aufgenommen.

Was als erstes dem Arzt, zumal bei der ortsüblichen mangelhaften Bekleidung auffallen muss, ist der Reichthum an Nabelbrüchen. Kleine Negerknaben haben nicht selten schon einen mannesfaustgrossen Bruch. Wie die in Afrika thätigen Aerzte angeben, kommen dieselben durch mangelhafte Nabelpflege post partum zu Stande. Sie haben fast durchweg eine tütenartige Form, elastische Consistenz, eine scharf abtastbare, kreisrunde Bruchpforte im Durchschnitt von Thalergrösse, sind gut reponibel und machen den Trägern keinerlei Beschwerden. Vorschläge der operativen Behandlung werden daher stets mit grosser Entrüstung abgelehnt, zumal da ein solcher grosser Bauchnabel direkt kosmetisch als Zierde empfunden wird. Viel mehr als diese Brüche beeinträchtigen Unterschenkelgeschwüre das Wohlbefinden und die Arbeitsfähigkeit der Neger. Mit Varicen scheinen sie nicht im Zusammenhang zu stehen. Sie haben häufig ihren Sitz an der lateralen Seite, so dass von vornherein eine Verbindung mit Stauungen im Gebiete der Vena saphena magna von der Hand zu weisen ist. Im übrigen haben die Geschwüre dieselbe geringe Tendenz zur Heilung wie bei uns.

Eine eigenartige Erscheinung, für die sich schwer eine Analogie in der einheimischen Pathologie finden lässt, sind die sogenannten „Kamerunschwellungen“. Es handelt sich dabei um Schwellungen, die fast jede beliebige Körperregion, vorzugsweise allerdings Extremitätenabschnitte, befallen können, so z. B. das obere Drittel des Unterarms, den Fussrücken, den Handrücken, die Unterlippe, den kleinen Finger mit dem zugehörigen Ballen. In dem letzten Falle liess sich eine Umfangsdifferenz von $\frac{3}{4}$ cm an dem kleinen Finger gegenüber der gesunden Seite constatiren, ein Beweis, dass die Schwellung recht beträchtlich sein kann. Die affizirte Region ist alsdann leicht geröthet, stark geschwollen und meist auch etwas heisser als die correspondirende gesunde Seite. Schmerzhaft ist die Affektion nicht, auch nicht auf Druck. Temperatursteigerung fehlt. Niemals ist ein benachbartes Gelenk affizirt, niemals die Bewegungsfähigkeit beschränkt, nur dass die Spannung der Gewebe etwas hinderlich ist. Die Haut selbst erscheint schwer abhebbbar, gleichsam wie gefesselt, ist im übrigen, von der leichten Röthe, bisweilen, aber seltener, einer deutlichen Blässe abgesehen, völlig unverändert. Der Sitz der Erkrankung dürfte also wohl das Unterhautbindegewebe sein. Die Schwellungen verschwinden nach drei bis vier Tagen spontan, selten sind sie von grosser Hartnäckigkeit. Ein solcher Fall wurde von einer Autorität auf dem Gebiete der Nervenheilkunde in Deutschland untersucht und dabei keinerlei nervöse Störung festgestellt. Befallen werden meistens Weisse, die sich längere Zeit in Afrika aufgehalten haben. Sie lässt sich aber auch bei Schwarzen beobachten.

Am meisten Aehnlichkeit hat die Erkrankung noch mit dem collateralen Oedem, wie es sich bei Phlegmonen, Panaritien oder längeren Fixationsverbänden einstellt. Derartiges Oedem lokalisiert sich indes in der Umgebung der erkrankten Region, während die Kamerunschwellung, wie erwähnt, regellos ist, z. B. bei demselben Individuum bald den Handrücken, bald die Unterlippe befällt und sich für ihre Lokalisation keinerlei Begründung finden lässt. Bei dem sonderbarsten Fall, den ich unter einer Auswahl von 20 Fällen zu sehen bekam, bildete sich über der Strecksehne eines Fingers ein weisser Streifen innerhalb weniger Stunden, der sich in kurzer Zeit in eine Schwellung umwandelte, die vollkommen auf das Dorsum des Fingers isolirt blieb. Demjenigen Arzte, der die Kamerunschwellung zum ersten Mal zu sehen bekommt, wird sie namentlich bei grösserer Ausdehnung einen ziemlichen Schrecken verursachen, und er wird an ein sich entwickelndes Panaritium, einen Abszess oder an ein Erysipel denken, bis der Verlauf ihn belehrt, dass es sich um eine harmlose „passagere Elephantiasis“ handelt.