Tropenmedizin und Tropenhygiene.

Die Schlafkrankheit in Togo.¹⁾

Von Dr. K. Hintze, Regierungsarzt.

Im Auftrage des Kaiserlichen Gouvernements von Togo habe ich im September/Oktober 1903 die an der Westgrenze des Schutzgebietes gelegenen Landschaften Boëm und Tapa bereist, um die Ausdehnung der Schlafkrankheit festzustellen.

selten von Europäern besucht. Die Eingeborenen sind daher vielfach noch recht mißtrauisch gegen einen ihnen nicht bekannten Weißen, von dessen Absichten sie sich kein Bild zu machen wissen. Ihre Aussagen sind denn auch sehr zurückhaltend, und zwar umsomehr, als nach der Volkssitte nur der Häuptling, bezw. die Familienältesten Auskunft über Krankheiten und ähnliche Interna der Familien geben dürfen. Fragt man einen anderen, so zieht er sich einfach mit der Bemerkung aus der Schlinge: er könne nicht wissen, was in anderen Häusern vorgehe und ob Kranke da seien. Man ist aber auf die Angaben der Angehörigen durchaus angewiesen, da es unmöglich ist, jemand äußerlich anzusehen, ob er Kopfschmerzen hat oder nicht, und da man nicht jede einzelne Hütte durchstöbern kann. Dazu kommen die Schwierigkeiten in der Verständigung. In Boëm wird Tshi gesprochen, eine ganz andere Sprache, als das an der Küste herrschende Eohe (Anehó). Alle Fragen müssen daher erst durch zwei Dolmetscher gehen, dabei kommen natürlich leicht Irrtümer zu stande.

Trotzdem hoffe ich, daß ich ein im wesentlichen richtiges Bild von der derzeitigen Ausdehnung der Krankheit erhalten habe.

Soweit sich aus den Erzählungen der Häuptlinge und Ältesten entnehmen läßt, scheint die Schlafkrankheit schon in früheren Zeiten in der Gegend aufgetreten zu sein. Darauf deutet wenigstens der alte Name Aususu hin, den die Krankheit in Worawora, Tapa und an anderen Orten hat, neben der im Tshi gebräuchlichen Bezeichnung atónkum, welche bedeutet: einer der im Sitzen einschlüft. Nach Ansicht des eingeborenen Missionars Clerk in Worawora, dessen Muttersprache das Tshi ist, gibt es ein Wort sususu im Tshi überhaupt nicht; er sieht es als Rest einer untergegangenen Sprache an, welche in dieser Gegend gesprochen wurde, bevor die Aschantis hier eindrangen und ihre Sprache zu der herrschenden machten. Auch der Oberhäuptling von Boëm in Borada, der diese Würde schon seit langen Jahren innehat, gab an, daß vor zirka 30 Jahren, als die Aschantis zum ersten Male ins Land kamen (?), die Krankheit schon einmal geherrscht und viele Opfer gefordert habe. Ähnliches wurde mir in Guaman und Gjeasekan berichtet; hier wurde der Zeitpunkt allerdings 10, bezw. 20 Jahre zurückverlegt. Näheres ließ sich nicht mehr feststellen, da die Zeitrechnung der Eingeborenen sich meistens in nebelhaften Begriffen verliert.

Sicher ist jedoch, daß die Krankheit seit Mitte der 90er Jahre wieder aufgetreten ist. In Worawora, dem jetzigen Hauptherd, hat der bereits erwähnte Missionar Clerk, welcher hier seit 12 Jahren ansässig ist, den Verlauf der Krankheit verfolgt und sich zum Teil Aufzeichnungen darüber gemacht. Danach trat der erste Todesfall im Jahre 1896 auf. Seitdem kamen vereinzelte Fälle vor, etwa zwei in jedem Jahre. In 1902 häuften sich plötzlich die Erkrankungen; die meisten von ihnen starben in diesem Jahre. Von Januar bis Ende September dieses Jahres starben überhaupt zirka 40, davon etwa 15 an Schlafkrankheit. Im ganzen sind seit 1896 48 an Schlafkrankheit gestorben. Worawora ist ein Ort, der vor fünf Jahren noch 1200 Einwohner hatte, dessen Bevölkerung aber im Abnehmen begriffen ist.

Im Januar 1899 trat der erste Todesfall in dem 2½ Stunden westlich von Worawora auf einem schwer zugänglichen Höhenzuge gelegenen Dorfe Amanja auf, und die Krankheit verbreitete sich anscheinend schnell in den benachbarten Dörfern Tapa und Akanim. Von ihnen liegt Tapa nur 15 Minuten von Amanja entfernt, ebenfalls auf dem Berge, während Akanim auf der Westseite des Höhenzuges am Fuße desselben in der Ebene liegt. Etwas südlich von demselben, ebenfalls am Fuße des Berges, findet sich das Dorf Odei, in welchem die Krankheit erst in diesem Jahre aufgetreten ist und zwei Opfer forderte. Im ganzen sollen in den genannten vier Dörfern, bei einer Gesamtbevölkerung von zirka 1500 Seelen, seit 1899 an Schlafkrankheit 34 zu Grunde gegangen sein, während in demselben Zeitraum 18 an einer „guten Krankheit“, wie die Eingeborenen sich ausdrücken, starben.

Jenseits des Asuokoko, zwischen diesem, dem Volta und Oli, ist die Krankheit bisher nicht beobachtet worden.

Dagegen wurde in Apeso, einem nördlich von Worawora gelegenen und etwa zwei Stunden von diesem entfernten Dorfe angegeben, daß hier seit sechs Jahren 14 an Schlafkrankheit gestorben seien, im ersten Jahre starben die meisten, sechs hinter einander, dann kamen vereinzelte Fälle vor. Der letzte soll erst vor drei Monaten gestorben sein. Die Leute wußten, daß es dieselbe Krankheit wie in Worawora und Tapa sei, nannten sie jedoch anders: „bidibidi“ oder „djidjidji“, was Schlüttelkrankheit bedeuten soll.

Das nächste Dorf, Asato, wird von Apeso durch einen sehr steilen und schwer zu passierenden Höhenzug geschieden. Hier war die Schlafkrankheit den Leuten dem Namen nach bekannt, Erkrankungsfälle sollen jedoch nicht vorgekommen sein. Ähnliches wurde mir in den südlich gelegenen Dörfern Kakjabi und Nsuto berichtet. In Gnamari und Gjeasekari führt die Krankheit denselben Namen wie in Apeso.

Ein zweiter Herd liegt anscheinend erheblich südlicher in Fodome, wenigstens habe ich in den zwischen Fodome und Worawora auf den parallel verlaufenden Höhenzügen gelegenen Dörfern keine Kranken gefunden. Nur in Santrokofi hat vor vier Jahren vielleicht eine ähnliche Erkrankung geherrscht, an der viele („1000!“) gestorben sein sollen. Die HAUPTERSCHEINUNGEN sollen in Kopfschmerzen und Schmerzen

in den Gliedern bestanden haben, der Tod schon in wenigen Tagen (?) eingetreten sein. Bei der Vieldeutigkeit dieser wenigen Symptome wird sich etwas Sicheres über die Natur der Krankheit kaum mehr feststellen lassen.

In Fodome selbst sollen seit Jahren Krankheitsfälle vorgekommen sein. Nähere Auskunft über den Zeitpunkt des ersten Auftretens läßt sich jedoch nicht erhalten. Nur soviel wurde bestimmt angegeben, daß vor zwei Jahren zehn gestorben seien (vier Frauen, fünf Männer, ein Knabe). In diesem Jahre waren bereits drei dem Leiden erlegen, denen in nächster Zeit einer der noch vorhandenen beiden Kranken folgen wird.¹⁾

Von den benachbarten Dörfern scheint nur in Liati die Krankheit aufgetreten zu sein. Hier soll vor vier Jahren ein Todesfall vorgekommen sein; ein zweiter Kranker, wurde mir berichtet, sei Anfang Oktober, wenige Tage vor meiner Ankunft dem Leiden erlegen.

Nach dem Gesagten muß man annehmen, daß die Krankheit zuerst im Worawora aufgetreten ist und sich von hier aus den benachbarten Ortschaften mitgeteilt hat. Dafür spricht in erster Linie das zeitliche Aufeinanderfolgen des Ausbruchs der Krankheit, in Worawora erster Todesfall 1896, in Apeso anscheinend gehäufte Erkrankungen mit sechs Todesfällen im Jahre 1897, in Amanja, Tapa und Akanim ungefähr gleichzeitiges Auftreten im Jahre 1899, in Odei 1903. Verkehr und Handelsbeziehungen, welche im wesentlichen im Austausch von Nahrungsmitteln bestehen, existieren zwischen allen Orten, welche nur wenige Stunden voneinander entfernt sind. Dagegen scheint nach Osten hin der Höhenzug, welcher die Dörfer Apeso und Assato scheidet, nicht überschritten worden zu sein.

Ob von hier aus die Krankheit auch nach dem etwa drei Tagereisen entfernten Fodome verschleppt worden ist, läßt sich nur vermuten, da genauere Angaben über den ersten Erkrankungsfall nicht zu erhalten waren.

Augenblicklich scheint die Epidemie im Niedergange zu sein, denn ich fand lebende Kranke im ganzen nur noch 9 (10), die sich in folgender Weise verteilen: Worawora 4, Amanja 1, Gjeasekan 1 (Borada 1 unsicherer), Fodome 2, Misahöhe 1. Zu dem letzteren Falle ist zu bemerken, daß die betreffende Kranke sich nur vorübergehend in Misahöhe aufhält; sie hat vorher zwei Jahre in Aka, einem Dorfe bei Worawora, gelebt und ist auch häufig dorthin gekommen.

Die Erscheinungen der Krankheit sind im wesentlichen dieselben, wie sie in den bekannten Lehrbüchern von Scheube und Manson angegeben werden.

Das Initialsymptom scheint in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Kopfschmerz zu sein. Die Schmerzen werden als gleichmäßig Tag und Nacht anhaltend bezeichnet; es kommen jedoch auch freie Intervalle vor. Ein Kranker (No. 4) gab an, daß der Schmerz

1) Patient ist inzwischen gestorben.

bis zu vier Tagen aussetze. Die meisten verlegten ihn in die Stirn- und Schläfengegend, welche bei mehreren, ebenso wie die Hals- und oberen Brustwirbel, auf Druck empfindlich waren. Nach Scheube ist der Hinterkopf am häufigsten Sitz der Schmerzen. Die Dauer ist eine sehr wechselnde. Die Kopfschmerzen können sicher während einer Reihe von Monaten, in einigen Fällen, wie es scheint, sogar ein Jahr und noch länger das einzige Symptom sein, welches auf die heranahende Krankheit hindeutet. Dann pflegt das Gesicht ein gedunsenes Aussehen zu bekommen, und es machen sich Veränderungen in dem Charakter der Kranken bemerkbar. Sie vernachlässigen ihre Arbeit, werden streitsüchtig oder ziehen sich mürrisch zurück. Zugleich stellt sich Schläffheit in den Gliedern und Schlaflosigkeit ein; sie schlafen unwillkürlich ein, ohne daß sie selber davon wissen. Schwindelanfälle treten auf, sodaß sie beim Gehen zu Boden fallen. Die psychischen Störungen nehmen allmählich zu: die Kranken reden langsam, leise und müssen sich erst besinnen, bevor sie antworten; andere werden stumm bis zu einigen Wochen, wieder andere sind stets freundlich lächelnd, albern und kindisch, machen Männchen wie Affen etc. Das psychische Verhalten ist jedenfalls ein sehr wechselndes; die Störungen desselben können sehr tiefgreifende werden. So wurde mir z. B. in Worawora von dem bereits mehrfach erwähnten Missionar Clerk mitgeteilt, daß einige der Kranken vollständig wahnsinnig geworden seien; mehrere schrien tagelang unausgesetzt, einer aß Erde und wälzte sich trotz seiner Wunden (Dekubitalgeschwüre) am Boden u. s. w.

Das Schütteln, nach dem die Krankheit an einigen Orten sogar ihren Namen hat, scheint da, wo es auftritt, sich schon ziemlich frühzeitig einzustellen und bis zum Tode anzuhalten. Es besteht in einem eigentümlichen Zittern der Extremitäten und des Rumpfes.

Drüsenanschwellungen am Kieferwinkel und am Nacken kommen ziemlich häufig vor. Die Vergrößerung ist jedoch nur eine geringe; die Drüsen sind hart und nicht empfindlich.

Bei einigen stellt sich ein papulöses, vesikulöses oder pustulöses Exanthem an Rumpf und Extremitäten ein, das wohl kaum allein auf mangelnde Hautpflege zurückzuführen ist, denn es erscheint häufig schon im Anfangsstadium der Erkrankung, wo die Kranken psychisch noch ganz normal sind.

Das Verhalten der Patellar-Reflexe war ein sehr wechselndes: teils waren sie deutlich erhöht, teils normal oder auch träge, bezw. überhaupt nicht auszulösen. Eine Beziehung zur Dauer oder dem Stadium der Krankheit ließ sich nicht feststellen.

Die Pupillen reagierten bei allen deutlich auf Lichteinfall, bei einigen allerdings träge. Ophthalmoskopisch konnte ich bei den untersuchten Fällen nichts Abnormes finden. Sehstörungen werden auch nirgends angegeben, nur einer (No. 10) klagte über Nebel vor den Augen, wenn die Schwindelanfälle eintraten.

Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 59 und 140 Schlägen, und zwar fand sich die Beschleunigung sowohl im Beginn als auch im letzten Stadium der Krankheit; meist war er weich, leicht zu unterdrücken und wenig voll; bei einigen unregelmäßig an Frequenz und Spannung wechselnd.

Der Appetit ist meist gut. Von den Angehörigen werde sogar mehrfach angegeben, daß er stärker als früher sei. Trotzdem tritt bei den einen früher, bei den anderen später eine Abmagerung ein. Die Haut bekommt ein trockenes, schmutziges, leicht graues Aussehen und wird abschilfernd, wozu jedenfalls auch die zunehmende Selbstvernachlässigung der Kranken das ihrige beiträgt. Gegen Ende der Krankheit nimmt die Abmagerung schnell zu. Es stellen sich Kontraktionen in den Armen und Beinen ein, der Kopf wird nach hinten gebeugt. Die Patienten sind nicht mehr im stande, sich selber zu bewegen, sie liegen im Halbschlaf vor sich hin, verlangen nicht mehr nach Nahrung und müssen gefüttert werden. Dekubitalgeschwüre stellen sich ein, um so eher, wenn Inkontinenz der Blase und des Mastdarmes auftritt, und das Leben erlischt ganz allmählich.

Bezüglich der Befunde im einzelnen verweise ich auf die Kasuistik am Schluß.

Alle Fälle verlaufen tödlich. Die Zeitdauer ist allerdings eine sehr wechselnde und schwankt zwischen vier (?), bezw. sechs Monaten und drei Jahren. Dementsprechend dehnen sich die recht wechselnden Erscheinungen über längere Zeiträume aus oder drängen sich in wenigen Monaten zusammen. Geringe Besserungen, bezw. ein zeitweiser Stillstand des Leidens sollen vorkommen.

Befallen werden alle Geschlechter und Altersklassen. Vorwiegend scheint die Krankheit sich jedoch in der Zeit nach der Pubertäts-Entwicklung bis etwa zum 50. Jahr zu entwickeln und das männliche Geschlecht häufiger zu befallen.

Ob die Schlafkrankheit hier entstanden oder von außen eingeschleppt worden ist, ließ sich nicht mehr erweisen. Aus der ganzen Landschaft Böhmen findet ein ziemlich reger Verkehr hauptsächlich nach der Goldküste statt. Besonders die jüngeren Leute gehen oft auf Jahre dorthin, weil der Arbeitsverdienst dort ein höherer ist, kehren aber meist nach kürzerer oder längerer Zeit in ihr Heimatdorf zurück. Es ist mir nicht bekannt, ob an der Goldküste Herde von Schlafkrankheit sind und das Leiden dort ebenfalls seit etwa Mitte der neunziger Jahre geherrscht hat, so daß man eine Einschleppung ver-

muten kann.¹⁾ Der in Worawora zuerst Gestorbene hatte, wie sich noch feststellen ließ, dauernd im Dorfe gelebt.

In geographischer Hinsicht ist zu bemerken, daß Worawora früher auf dem Berge lag; seit 1899 hat sich das Dorf einige hundert Meter tiefer auf einer Art Hochplateau angesiedelt. Ungefähr auf derselben Höhe liegt Apeso, während die Dörfer Tapa, Amanja oben auf dem Rücken des westlichen Höhenzuges, Akanim und Odei dagegen jenseits der gut bewaldeten Berge am Fuße derselben liegen. Die Gegend kann aber als wasserarm bezeichnet werden. Während der Trockenzeit wird das Wasser aus Erdlöchern geschöpft und muß oft weit hergeholt werden. Während der Regenperiode werden die sich ansammelnden Lachen und die kleinen Rinnale, die sich dann bilden, benutzt. Von welcher Beschaffenheit das Wasser unter solchen Umständen ist, ergibt sich von selbst.

Fodome liegt zwischen mehreren kleinen Gebirgsstöcken in einer Ebene, die von einem kleinen Flüßchen durchschnitten wird. Während der Regenzeit ist die Umgebung etwas sumpfig. Die Jahreszeiten scheinen jedoch nirgends einen bemerkenswerten Einfluß auf die Häufigkeit der Erkrankungen auszuüben. (Schluß folgt.)