



Herausgegeben von

Marc Seifert, Markus Egert, Fabian Heerbaart, Kathrin Kolossa, Mareike Limanski, Meikal Mumin,

Peter André Rodekuhr, Susanne Rous, Sylvia Stankowski und Marilena Thanassoula

Trypanosomen und Tinbeef – Medizinisches Wissen um Schlafkrankheit zwischen Kamerun und Deutschland, 1910-1914

Manuela Bauche, Institut für Afrikanistik der Universität Leipzig

Abstract

To conceive metropole and colony as "one analytical field," as Frederick Cooper and Ann L. Stoler have proposed, is by now a familiar approach to colonial studies. However, in historical studies which do not aim at the examination of explicitly colonial contexts, research still tends to exclusively focus on developments in Europe and the Western world, neglecting colonial areas as supposedly minor scenes of major developments taking place in the metropolises. This is the case for the history of medicine, even though an important part of the scientific ideas it examines were fashioned during the period of European imperial expansion.

Building on the history of sleeping sickness campaigns in German Cameroon, I will present a case study which illustrates the need for historical research on medical science around 1900 to adopt an analytical perspective which integrates developments in the metropole and the colony as equal parts of the story to be written. I will show that medical knowledge on sleeping sickness and its treatment was developed both in scientific laboratories in metropolitan Germany and in sleeping sickness camps in Cameroon; that the findings gathered were not only relevant to health care in the colony, but also of crucial importance to medical work in the metropole; finally, it will be made evident that the production of this knowledge was only possible through the specific interactions between agents in the metropole and the colony.

1. Einleitung

Ab 1910 versuchte sich die deutsche Kolonialverwaltung in Kamerun an der Verwirklichung einer umfassenden Kontrollutopie. Unter dem Schlagwort "Schlafkrankheitsbekämpfung" entwarfen Mediziner und Verwaltungsbeamte großangelegte Maßnahmen, um zu verhindern, dass die Trypanosomiasis, die sogenannte menschliche Schlafkrankheit, sich im



Kolonialgebiet ausbreitete. Unter anderem sollten Kranke in eigens zu diesem Zweck errichteten Lagern von den gesunden Bevölkerungsteilen isoliert und interniert werden. In der mittleren Region Kameruns war diese Aufgabe dem Arzt Dr. Nägele zugetragen worden. Er leitete das Schlafkrankenlager in Ajoshöhe, das wichtigste der insgesamt sechs Anstalten dieser Art. Das war keine leichte Aufgabe. Denn abgesehen von Schwerkranken suchten wenige Afrikaner die Lager freiwillig auf, so dass Nägele und seine Kollegen durchsetzten, dass die "Häuptlinge" gesetzlich verpflichtet wurden, Erkrankte auszuliefern. Ignorierten sie die Anordnung, drohten Strafen. Mit der Internierung von Kranken allein freilich war es nicht getan: "Die Kranken im Lager zu halten, ist nicht leicht", klagte Nägele, "Entlaufene wiederherzuschaffen, noch schwerer".¹ Zwar wurde das Lager von Soldaten bewacht, dennoch entkamen regelmäßig Kranke. Mit solchem Widerstand sahen sich alle Schlafkrankheitsärzte konfrontiert. Die Bevölkerung aus der Umgebung von Ajoshöhe allerdings galt in den Augen der deutschen Regierung als besonders widerspenstig. Erst wenige Jahre zuvor waren die Kämpfe zwischen kolonialen Truppen und den sogenannten Makkas zu einem Ende gekommen. Kurz vorher hatte die deutsche Presse entsetzt berichtet, ein deutscher Kautschukhändler sei von Makkas zerstückelt und verspeist worden. Unverständlich und wild – das war der Ruf, der ihnen anhaftete (Geschiere 1995:41f.). Nägele sah dies nun bestätigt. Dem Leiter der Kameruner Medizinalverwaltung meldete er Anfang 1913:

[Von] schlafkranken Makkas, die gelegentlich einer Sektion zufällig das Einlegen von Organstücken in Präparatenzylinder gesehen hatten, [ist] das Gerücht verbreitet worden, die Eingeweide der Gestorbenen würden nach Deutschland geschickt und dort zu Tinbeef verarbeitet. Daraufhin sind ziemlich viel Kranke aus dem Lager verschwunden.²

Gewiss wurden keine menschlichen Körperteile zu Lebensmitteln verarbeitet. Aber den "schlafkranken Makkas" scheint ein Aspekt der Schlafkrankheitsbekämpfung bewusst

¹ Nägele: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913." Ajoshöhe, 10. April 1913. BArch R 1001/5915, 156.

² Nägele: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913." Ajoshöhe, 10. April 1913. BArch R 1001/5915, 156.



gewesen zu sein: dass zwischen der ärztlichen Praxis in Kamerun und Ereignissen in Deutschland ein enger Zusammenhang bestand und dass dieser verschleiert wurde.

Im folgenden erkunde ich diesen Zusammenhang: Anhand eines Fallbeispiels illustriere ich, auf welche Weise medizinisches Wissen, das in der Kolonie angeeignet wurde, nicht nur für die Kolonie, sondern auch für die Metropole relevant war und dort zur Anwendung kam. Ich argumentiere, dass dies für die Medizingeschichtsschreibung bedeutet, dass viele Fragen zur Medizin der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert nur dann adäquat beantwortet werden können, wenn die Fokussierung auf den europäischen Kontext aufgegeben wird und die Kolonien als gleichwertiger Kontext in Analysen einbezogen werden.

Der Forderung, Kolonie und Metropole wegen der Wechselbeziehungen zwischen beiden Räumen als "ein analytisches Feld" zu begreifen (Cooper & Stoler 1997:15), sind bisher fast ausschließlich solche Studien gefolgt, die von vornherein auf die Untersuchung explizit kolonialer Kontexte zielen (u.a. Conrad & Randeria 2002, Friedrichsmeyer u.a. 1998, Kundrus 2003, Conrad & Osterhammel 2004, Zantop 1997). Von allgemeiner angelegten Arbeiten ist diese Perspektive bisher meist ignoriert worden. Dies gilt auch für die Medizingeschichtsschreibung (Bulloch 1960, Bynum 1994, Coleman 1988, Cunningham & Williams 1992, Eckart 2005, Foster 1970). Ihre Beschränkung auf westliche Kontexte weicht sie nur dann auf, wenn Beschreibungen von "Entdeckungen" im Bereich der Tropenmedizin dies erfordern. Zwar sind seit den 1990er-Jahren Studien vorgelegt worden, die explizit "Kolonialmedizin"³ in den Blick nehmen, bezeichnenderweise stammen die Mehrzahl dieser Untersuchungen aber nicht von Medizin-, sondern von Regionalhistorikern (Arnold 1988, 1996, 2000, Beck 1977, Butchart 1998, Headrick 1994, Hoppe 2003, MacLeod & Lewis 1988, Lyons 1992, Vaughan 1991; Ausnahmen bilden: Eckart 1997, Worboys 1994). Was fehlt, ist gewissermaßen eine Brücke zwischen Europa- und Kolonie-zentrierten Ansätzen. Im folgenden wird deutlich, dass ein solcher Brückenschlag mehr ist als ein Spiel mit Perspektiven, dass der Untersuchungsgegenstand selbst eine Erweiterung der Perspektive notwendig macht. Denn – und dies sollte eigentlich selbstverständlich sein – zur Hochzeit der europäischen Kolonialexpansion wurde auch die zeitgenössische Medizin von diesem

³Einen Versuch der Definition sowie einen Überblick über die Schwerpunkte dieses Forschungsgebiets liefert Marks (1997).



spezifischen soziopolitischen Kontext geprägt. Eine strikte Unterscheidung zwischen Metropole und Kolonie ist deshalb für viele Gegenstände der Geschichtsschreibung der Medizin um 1900 begrenzend und inadäquat. Notwendig ist vielmehr, medizinisches Wissen als eines zu untersuchen, das sowohl in der Metropole als auch in der Kolonie geprägt wurde sowie im Austausch zwischen diesen beiden Orten. Im folgenden werden deshalb Deutschland und Kamerun als ein gemeinsamer Wissensraum konzipiert. Die Unterscheidung zwischen Metropole und Kolonie besteht lediglich als analytisches Hilfsmittel, um die Pole des untersuchten Raumes zu definieren.

2. Schlafkrankheit und Kolonialismus

Die Schlafkrankheit war nicht irgendeine Krankheit. Anfang des 20. Jahrhunderts setzte ein regelrechtes Rennen um die Bekämpfung dieser Infektion ein. Es hatte mit einer Beobachtung zweier Ärzte im britischen Protektorat Uganda begonnen. Ende 1900 war ihnen aufgefallen, dass zahlreiche Afrikaner verstorben waren, nachdem sie an einer starken Apathie gelitten hatten. Sie waren von jenen schweren Schlafstörungen geplagt gewesen, die der Krankheit den Namen verliehen. Sich koordiniert zu bewegen und zu artikulieren, war den Kranken zunehmend schwerer gefallen. Sie waren unfähig, Essen zu sich zu nehmen, und so geschwächt, dass sie schließlich verstarben (Hoppe 2003:28ff., Lyons 1992:68-71, Worboys 1994:90f.).

Was die beiden Ärzte beobachtet hatten, waren keine Einzelfälle. 1902 zählte die britische Verwaltung in Uganda 20.000 an der Schlafkrankheit Verstorbene. Die Behörden konnten der Epidemie wenig entgegensetzen, denn wodurch die Schlafkrankheit verursacht und wie sie übertragen wurde, war ihnen bisher verborgen geblieben. Das sollte sich bald ändern, denn zahlreiche europäische Mediziner stürzten sich auf diese Krankheit, und ihre Erforschung wurde von staatlicher Stelle subventioniert. Nach einigen medizinischen Expeditionen nach Afrika war das Rätsel weitgehend gelöst: Mikroskopisch kleine, fischförmige Parasiten, die sich in Blut, Lymph- und Hirnflüssigkeit einnisteten, galten als Auslöser der Infektion. Auf den Menschen übertragen wurden diese sogenannten Trypanosomen durch die Tsetse-Fliege (Hoppe 2003:8-30; Lyons 1992:76-97).



Trotzdem gab es weiterhin Handlungsbedarf. Schlafkranke waren nicht nur aus Uganda gemeldet worden. Auch Frankreich, Portugal, Belgien und Deutschland befürchteten, dass eine Epidemie in ihren afrikanischen Gebieten einen großen Teil der Bevölkerung dahinfliegen würde – mit gravierenden Folgen für die Versorgung der Kolonien mit Arbeitskräften. Europäische Regierungen schickten deshalb Mediziner in zahlreiche Regionen. Sie sollten die Ausbreitung der Schlafkrankheit begutachten und Maßnahmen zu ihrer Eindämmung vorschlagen. Viele Fragen waren außerdem offen geblieben: In welchen Gebieten hält sich die Tsetse-Fliege bevorzugt auf? Wie lange trägt sie die Trypanosomen in sich? Wird der Erreger nur auf Menschen übertragen, oder gibt es Tiere, die als Zwischenwirte dienen? Und vor allem: Welche Mittel kommen zur Behandlung der Schlafkrankheit in Frage? Es gab noch reichlich Stoff für Erkundungen, und an der prestigeträchtigen Forschung zur Schlafkrankheit versuchten sich Europas Mediziner gerne. "Tryps are a big thing", schwärmte der britische Forscher John Lancelot Todd in einem Brief, den er seinem Bruder von einer Expedition nach Belgisch-Kongo schickte. "[A]nd if we have luck, I may make a name yet!" (Todd zit. in Lyons 1992:66, Beck 1977:18ff., Lyons 1992:76-97, Worboys 1994).

Kolonialregierungen förderten nicht nur die Erforschung der Schlafkrankheit, sondern nahmen die vermeintliche Bedrohung durch die Seuche⁴ auch zum Anlass, ihr Gesundheitswesen auszubauen. Ehrgeizig waren die Programme, die zur Vorbeugung und Bekämpfung der Seuche entworfen wurden. In Kamerun orientierte man sich – wie in vielen anderen Gebieten – an den Empfehlungen, die der prominente Berliner Mediziner Robert Koch formuliert hatte. Ein Teil der Maßnahmen zielte darauf ab, die Brutstätten der Stechfliegen zu zerstören, insbesondere an Orten, die von Menschen häufig frequentiert wurden. Abholzungspläne unterschiedlicher Art wurden diskutiert, der weitestgehende Vorschlag sah vor, dass Arbeitskommandos von 100 bis 200 Mann die Ufer der befahrensten Flüsse Kameruns freischlagen würden. Allein am Njong, der wichtigsten Wasserstraße zwischen der Küste und dem Osten der Kolonie, sollten auf einer Strecke von über 200

⁴Wie groß die Bedrohung durch die Schlafkrankheit tatsächlich war, ließ sich und lässt sich auch heute schwer schätzen. Die überlieferten Berichte legen nahe, dass Trypanosomiasis in Teilen der südlichen Regionen Kameruns endemisch vorkam. Es spricht allerdings wenig dafür, dass hier eine Epidemie ausgebrochen war, geschweige denn eine ugandischen Ausmaßes.



Kilometern insgesamt 24.000 Hektar Land abgeholzt werden.⁵ Der Kern der Schlafkrankheitsbekämpfung allerdings zielte nicht auf die Kontrolle von Fliegen, sondern auf die Regulierung menschlicher Bewegungen: Der gesamte Handelsverkehr in den Südbezirken der Kolonie sollte medizinisch überwacht werden – so jedenfalls wollte es der Leiter des Kameruner Medizinalreferats, Philalethes Kuhn. Nach seiner Vorstellung sollten an den wichtigsten Straßenkreuzungen sogenannte "Überwachungsstellen" errichtet werden. Hier würden die Träger vorbeiziehender Karawanen von medizinischem Personal begutachtet werden. Datum und Ergebnis der Untersuchung würden in "Gesundheitspässe[n]"⁶ vermerkt werden. Wer sich als gesund erwies, dürfte passieren; Kranke dagegen sollten aus der Menge ausgesondert und in das nächste "Schlafkrankenlager" eingeliefert werden.⁷

Weder die "Sanierung" von Land noch eine "Verkehrsüberwachung" freilich wurden in dieser Form umgesetzt. Abholzungen fanden bis 1914 lediglich vereinzelt statt und beschränkten sich meist auf die unmittelbare Umgebung von Siedlungen und Anlegestellen. Von Rodungen über mehrere hundert Kilometer konnte keine Rede sein.⁸ Auch Kuhns Überwachungssystem

⁵Gouvernement (Full) an RKA: "Anforderung von Mitteln für Schlafkrankheitsbekämpfung im Rechnungsjahr 1914." Buea, 07. Januar 1914. BArch R 1001/5916, 52-56; zu den frühen Abholzungsplänen s. insb. Seitz: "Bekanntmachung, betreffend Verhütung der Einschleppung der Schlafkrankheit." Buea, 25. März 1908. BArch R 1001/5913, 182f.; RKA (von Lindequist) an Gouverneur. Berlin, 24. März 1911. BArch R 1001/5913, 264; Freyer [an Gouvnt.]. Ulama, 21. August 1911. BArch R 1001/5914, 30f.

⁶Rösener. Kumbe, Oktober 1913. BArch R 1001/5916, 131.

⁷[Kuhn: Aufstellung des für Spermaßnahmen benötigten Personals]. o.O., [Januar 1914]. BArch R 1001/5916, 57; Gouvernement (Vermessungsbüro): "Karte zur Abgrenzung der Schlafkrankheitssperrgebiete und Verkehrsüberwachungszone." Buea, 03. Dezember 1913. BArch R 1001/5916, 58; Gouvernement (Full) an RKA: "Anforderung von Mitteln für Schlafkrankheitsbekämpfung im Rechnungsjahr 1914." Buea, 07. Januar 1914. BArch R 1001/5916, 51.

⁸S. u.a. Nägele: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913." Ajoshöhe, 10. April 1913. BArch R 1001/5915, 154; Schlafkrankheitsbekämpfung Südmaka-Expedition (Schachtmeyer): "Bericht für die Zeit bis 31. März 1913." Mbidalong, 01. April 1913. BArch R 1001/5915, 170; Eckert: "Vierteljahresbericht [des Schlafkrankenlagers Dume] IV/1913-1914 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914." Dume, 15. April 1914. BArch R 1001/5916, 244. Klagen über Mangel an Arbeitern für Sanierungen finden sich u.a. in Hausch: "Bericht über die Zeit vom 1. Juli bis 30. September 1913 [Schlafkrankenlager Mbidalong]." Mbidalong, 17. Oktober 1913. BArch R 1001/5916, 17.



ist lediglich ansatzweise, vor allem im Osten des Landes, umgesetzt worden, und es ist wahrscheinlich, dass der notorische Personalmangel der Kolonialregierung der Bevölkerung zahlreiche Möglichkeiten bot, die ärztlichen Kontrollen zu umgehen.⁹ Zwischen Anspruch und Wirklichkeit der Schlafkrankheitsbekämpfung klaffte eine beträchtliche Lücke. Die Arbeit jener Ärzte, die der Schlafkrankheitsbekämpfung zugewiesen worden waren – 1910 waren es zwei, vier Jahre später bereits 13 Mediziner –, beschränkte sich bis 1914 im wesentlichen darauf, ausgehend von ihren jeweiligen Stützpunkten mehr oder weniger regelmäßige Reisen in die umliegenden Ortschaften zu unternehmen, um die dortige Bevölkerung zu untersuchen und die als schlafkrank Diagnostizierten den Lagern zuzuführen. Hier übernahmen die Ärzte die Aufsicht über die Internierten sowie deren medizinische Betreuung.

3. Schlafkrankenlager in Kamerun: Isolierung, Behandlung, Forschung

Die Beaufsichtigung und Behandlung der Internierten waren auch Nägeles Aufgaben in Ajoshöhe. Das dortige Schlafkrankenlager war eins von insgesamt fünf Anstalten in Kamerun.^{10, 11} Sie dienten im Wesentlichen drei Zwecken, die sich gut an Lage, Aufbau und Ausstattung des Lagers in Ajoshöhe erläutern lassen (s. Abb. 1).

⁹Rösener. Kumbe, Oktober 1913. BArch R 1001/5916, 131; Gouverneur (i. Vertr. Full): "Verordnung des Gouverneurs über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Schlafkrankheit im Bezirk Ober Sanga-Uham." Buea, 23. Januar 1914. BArch R 1001/5916, 140; Rösener & Polke an Gouverneur: "Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe." Nola, 05. Februar 1914. BArch R 1001/5916, 218f.; [Kuhn]: "Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun." o.O., [April 1913]. BArch R 1001/5914, 309; Rösener. Kumbe, Oktober 1913. BArch R 1001/5916, 131; Gouverneur (i. Vertr. Full): "Verordnung des Gouverneurs über Maßnahmen gegen die Verbreitung der Schlafkrankheit im Bezirk Ober Sanga-Uham." Buea, 23. Januar 1914. BArch R 1001/5916, 140.

¹⁰Abweichend von Wolfgang U. Eckarts Angabe (1997:205-208), die ausschließlich auf veröffentlichtem Material beruht und von drei Lagern ausgeht, geht aus der Korrespondenz zwischen dem Kameruner Gouvernement und dem Reichskolonialamt hervor, dass in Kamerun insgesamt sieben Bauten als Schlafkrankenlager errichtet wurden. In Betrieb waren allerdings zur selben Zeit höchstens fünf: Das erste



Die Kolonialverwaltung hatte darauf geachtet, dass das Lager an einer geeigneten Stelle aufgebaut wurde: Es war außerhalb des Ortes, auf einem Hügel von 710 Metern Höhe, einige hundert Meter vom Fluss Njong gelegen. Hier wechselten sich Waldstücke und meterhohes Gras ab. Die unmittelbare Umgebung des Lagers aber hatte Nägele freischlagen und mit Nutzpflanzen bebauen lassen, damit der Pflanzenwuchs niedrig blieb. So wurden die Kranken von den krankheitsübertragenden Tsetse-Fliegen ferngehalten, die gerne in dichter Vegetation und in der Nähe von Gewässern nisteten. Auch die Entscheidung für die Höhenlage war kein Zufall. Für einen "ausgezeichnete[n] Platz" hielt der Medizinalreferent Kuhn den Hügel: "[Das Lager] ist frei von Glossinen, Mücken (Stegomjen) sind nur wenig vorhanden. Die Nächte sind von erfrischender Kühle."¹² Abgesehen davon, dass Ärzte ein solches Klima

entstand Mitte 1910 in Akonolinga und wurde zwei Jahre später nach Ajoshöhe verlegt; auch in Dume existierte ein Schlafkrankenlager, dessen Kranke allerdings 1913 zum Teil in eine dritte Anstalt in Momendang verlegt wurden. 1912 und 1913 wurden außerdem in Mbidalong und Kumbe Lager eröffnet, während eine letzte, bei Ausbruch des Ersten Weltkriegs noch im Bau befindliche Anstalt im Dume-Bezirk nie in Betrieb genommen werden konnte.

¹¹Zum Lager in Akonolinga bzw. Ajoshöhe: Gouvernement an RKA: "Bericht über das Schlafkrankheitslager in Akonolinga." Buea, 02. September 1910. BArch R 1001/5913, 235; Freyer: "Zahlenrapport für den Monat Juli 1910." Akonolinga, 01. August 1910. BArch R 1001/5913, 236; Nägele an Medizinalreferent: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit 1. Juli bis 30. Septmeber 1912." Ajoshöhe, 07. Oktober 1912. BArch R 1001/5914, 198. Zu den Lagern in Dume und Momendang: Haberer, zit. in Gouvernement an RKA: "Bekämpfung der Schlafkrankheit in Kamerun." Buea, 07. Dezember 1910. BArch R 1001/5913, 251; Schömig an Gouvernement: "Bericht über die Bekämpfung der Schlafkrankheit im Bezirk Dume für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912." Dume, 01. Oktober 1912. BArch R 1001/5914, 209ff.; Schömig an Gouvernement: "Vierteljahresbericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Long-Gebiet in der Zeit vom 1. April mit 30. Juni 1913." Momendang, 01. Juli 1913. BArch R1001/5915, 208f.; Eckert: "Vierteljahresbericht [des Schlafkrankenlagers Dume] IV/1913-1914 für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1914." Dume, 15. April 1914. BArch R 1001/5916, 244. Zur Anstalt in Mbidalong: [Kuhn]: "Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun." o.O., [April 1913]. BArch R 1001/5914, 320. Zum Lager in Kumbe: Ebd., 327; "[Wirtschaftsplan für das] Schlafkrankenlager Kumbe / Carnot (Mambere)." o.O., [Mai 1913]. BArch R 1001/5914, 337f.

¹² [Kuhn]: "Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun." o.O., [April 1913]. BArch R 1001/5914, 310.



persönlich als angenehm empfanden, sahen sie einen wichtigen Vorteil darin, dass die Tsetse-Fliege in kühlem Klima selten vorkam.

Die Lager "glossinenfrei", frei von Fliegen, zu halten, war ein zentrales Anliegen der Ärzte. Sie begründeten diese Notwendigkeit nicht explizit, folgten aber der Argumentation Robert Kochs. Dieser hatte die Behandlung von Kranken in "Konzentrationslagern"¹³ als wichtiges Instrument gegen die Ausbreitung der Schlafkrankheit empfohlen. Diese Maßnahme war freilich nur die realistischere Version seiner ersten Erwägung, Menschen aus Tsetse-reichen Regionen an fliegenfreie Orte zu versetzen, an denen Kranke niemanden anstecken könnten:

[D]ie infizierten Individuen würden dann, da die Sterblichkeit ohne Behandlung eine absolute sei, ausnahmslos zugrunde gehen, damit werde dann die Seuche erlöschen. Die Gesunden könne man nach einer gewissen Zeit – bis die Fliegen ihre Infektionsfähigkeit verloren hätten – wieder an ihren ursprünglichen Wohnsitz zurücklassen. ("Sitzung des Reichsgesundheitsrates":935)

Diesen Plan verwarf Koch allerdings sofort als undurchführbar. Das Konzept der Schlafkrankenlager, das er als praktikablere Variante befürwortete, folgte aber derselben Idee: Kranke sollten so lange von ihren Wohnorten ferngehalten werden, "bis anzunehmen ist, daß an ihrem Wohnorte nach Entfernung aller Trypanosomenträger [also Infizierten] die Glossinen frei von Infektionsstoff geworden sind" (Koch 1907:1894).

Schlafkrankenlager wurden von Koch also nicht in erster Linie als Behandlungs-, sondern als Isolierstätten konzipiert, um "verseuchte" Gebiete zu "bereinigen". Auch die Kameruner Schlafkrankenlager folgten dieser Logik. Sie sollten dazu dienen, den umliegenden verseuchten Gebieten die Kranken zu entziehen und damit im Idealfall die Schlafkrankheit zum Erlöschen bringen.¹⁴

¹³ Koch lehnte sich mit diesem Begriff nach eigenen Angaben an die Praxis der Briten in Südafrika an, Kranke in sogenannten "concentration camps" zu internieren, die sie zunächst zur Inhaftierung politischer Gegner eingeführt hatten; "Sitzung des Reichsgesundheitsrates", 936; vgl. auch Eckart (1997:345).

¹⁴Vgl. u.a. Rösener: "Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere, Schlafkrankenlager Kumbe." Kumbe, Oktober 1913. BArch R 1001/5916, 127, 129; Rösener & Polke an Gouverneur: "Schlafkrankheitsbekämpfung am Mambere Schlafkrankenlager Kumbe." Nola, 05. Februar 1914. BArch R 1001/5916, 220f.

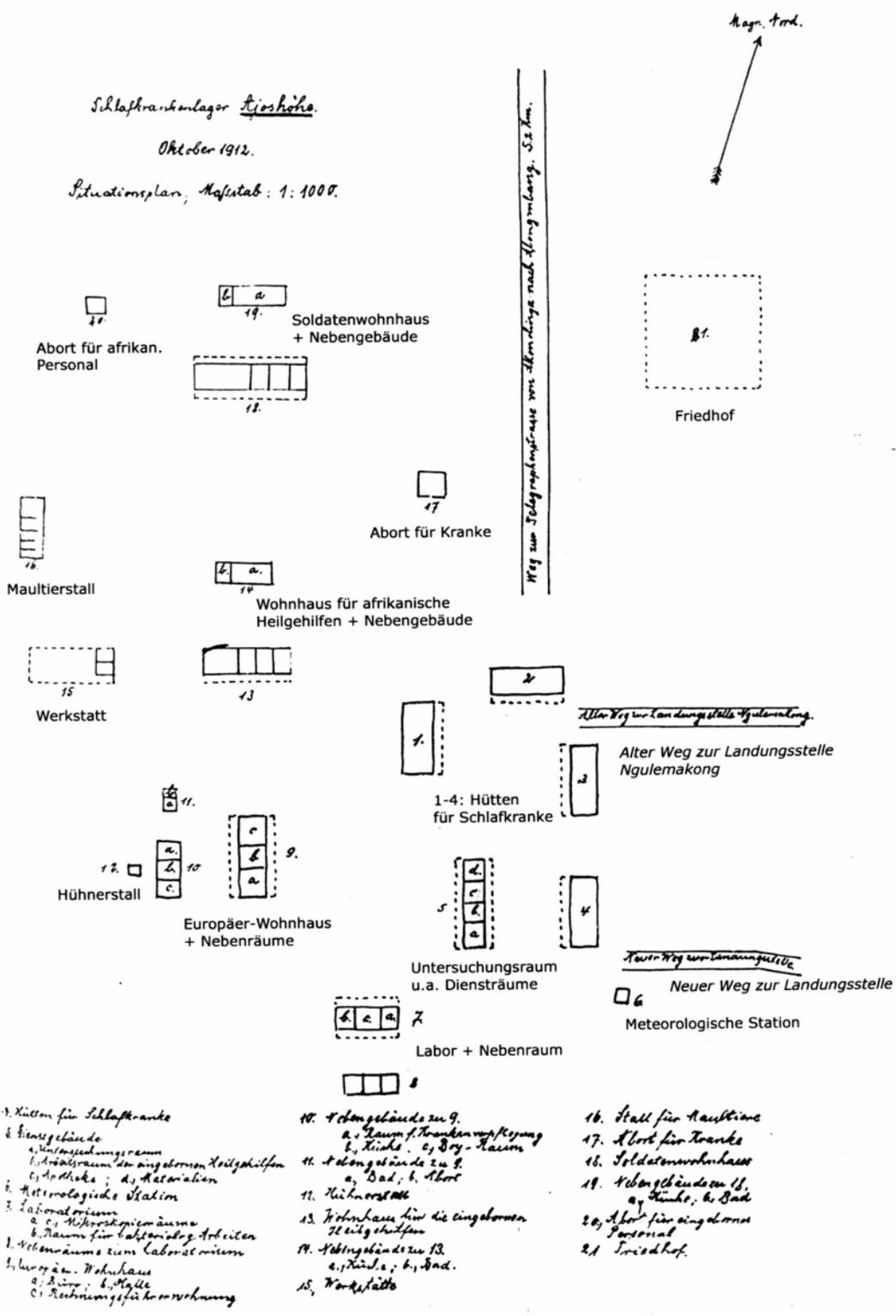


Abb 1.: "Schlafkrankenlager in Ajosöhe. Situationsplan". o.O., Oktober 1912. BArch R 1001/5914, 201.



Es ging aber nicht nur um die Isolierung von Kranken. Das Lager in Ajoshöhe umfasste weit mehr Gebäude als die als "Hütten für Schlafkranke" ausgewiesenen Baracken. Von den insgesamt fast zwei Dutzend "Buschhäusern", wie die Bauten aus leichtem Material im Kolonialjargon bezeichnet wurden, waren einige als Untersuchungs- und Behandlungsräume eingerichtet; das Lager verfügte außerdem über eine Apotheke. Hier war also auch die Behandlung der Internierten vorgesehen. Neben dem leitenden Arzt, in diesem Fall Nägele, übernahmen europäische Heilgehilfen, später auch Schwestern vom Roten Kreuz diese Aufgabe, und afrikanisches Hilfspersonal assistierte. 90 Kranke waren im Durchschnitt in Ajoshöhe untergebracht. Alle zehn bis 14 Tage wurde ihnen an zwei aufeinander folgenden Tagen *Atoxyl* gespritzt. Dieses stark arsenhaltige Mittel führte zwar nicht zu einer dauerhaften Heilung, war aber in der Lage, die Trypanosomen kurzfristig aus Blut und Lympflüssigkeit der Kranken verschwinden zu lassen. Nicht nur wurden dadurch die Beschwerden der Kranken zeitweilig gelindert; den Ärzten war besonders wichtig, dass die so Behandelten für Gesunde keine "Infektionsquellen" mehr darstellten.¹⁵

Nägeles Schlafkrankenlager war schließlich mit einem Labor ausgestattet. In dem "Mikroskopierraum" überwachten Arzt und Heilgehilfen den Erfolg der Behandlungen. Hier wurden die Proben begutachtet, die den Kranken regelmäßig aus Blutgefäßen, Lymphknoten und Rückenmark entnommen wurden. Ob die Krankheitserreger daraus verschwunden waren, war freilich nicht im Hinblick auf das Wohl der Kranken wichtig, sondern auch aus wissenschaftlicher Perspektive relevant. Wie die folgenden Ausführungen deutlich machen, waren die Interessen zeitgenössischer medizinischer Forschung in Ajoshöhe, wie in anderen Lagern, allgegenwärtig.

¹⁵ Freyer: Zahlenrapport für den Monat Juli 1910. Akonolinga, 1.8.1910. BArch R 1001/5913, 236; Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 7.6.1912. BArch R 1001/5914, 104-5; RKA: [Interne Notiz]. [Berlin, Dez.1912]. BArch R 1001/5914, 169; Nägele an Medizinalreferent: Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit 1. Juli bis 30. September 1912. Ajoshöhe, 7.10.1912. BArch R 1001/5914, 199; Schömig an Gouvernement: Bericht über die Schlafkrankheitsbekämpfung im Bezirk Dume in der Zeit vom 1. Januar mit 31. März 1913. Dume, 1.4.1913. BArch R 1001/5914, 305.



4. Schlafkrankheit zwischen Kamerun und Deutschland

Von dem Medikament, das in den Schlafkrankenlagern üblicherweise zum Einsatz kam, hatte man sich viel versprochen. Unter dem Namen *Atoxyl* – was soviel wie "nicht toxisch" bedeuten sollte – war es 1905 auf den Markt gebracht worden. Es sollte das leisten, was andere Präparate bisher nicht konnten: Erreger abtöten und dabei den Körper der Kranken nicht schädigen. Die Hoffnungen hatten sich aber nicht erfüllt. Das *Atoxyl* brachte Krankheitserreger offenbar nur kurzzeitig zum Verschwinden – sowohl bei Schlafkrankheit als auch bei der Syphilis, gegen die das Mittel in Deutschland eingesetzt wurde. Außerdem zeigte sich bald, dass das Präparat seinem Namen keineswegs gerecht wurde: Bei zahlreichen Patienten stellten sich Sehstörungen ein, weil der hohe Arsengehalt des Medikaments die Sehnerven schädigte. Nicht immer ließen sich die Beschwerden rückgängig machen. Aus Ajoshöhe berichtete Dr. Nägele der Medizinalverwaltung regelmäßig von hoffnungslosen Fällen: "Erblindungen während der Atoxylbehandlung kamen unglücklicherweise nicht weniger als fünf vor, alle im Monat März", schrieb er im April 1913. "[D]ie Betroffenen sind ein Makkamann und vier Makkafrauen."¹⁶ (Bäumler 1980:195ff., Eckart 1997:162, Headrick 1994:84ff., Prüll 2003:343f.).

Ein Präparat zu entwickeln, das gewissermaßen zwischen Parasiten und anderen Körperzellen unterscheiden konnte und nur gegen erstere vorging – das war der Knackpunkt in der pharmakologischen Forschung in Europa seit Beginn des 20. Jahrhunderts. "Chemotherapie" nannte sich dieser Ansatz. Bis heute ist darin das Bemühen um ein angemessenes Verhältnis zwischen heilender und schädigender Wirkung zentral. Nach der Jahrhundertwende war die Chemotherapie nicht nur ein aufstrebender Forschungszweig, sondern auch eine florierende Industrie. Medizinische Labore kooperierten mit Chemiewerken. Die Labore erhielten Reinstoffe für Experimente, die Fabriken im Gegenzug die Erlaubnis, die hergestellten Präparate auf Massensbasis zu produzieren und zu vertreiben. Deutsche Forscher hatten sich auf diesem Gebiet besonders profiliert, allen voran Paul Ehrlich. Gleich zwei Institute leitete er in Frankfurt am Main. Eines von ihnen, das so genannte Georg-Speyer-Haus, wurde von

¹⁶ Nägele: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. Januar bis 31. März 1913." Ajoshöhe, 10. April 1913. BArch R 1001/5915, 157.



den Farbwerken Hoechst und Leopold Cassella beliefert. Im dortigen Labor kombinierten Ehrlich und seine Mitarbeiter Substanzen zu unterschiedlichsten Verbindungen. Im nächsten Schritt infizierten sie Versuchstiere mit Parasiten. Schließlich injizierten sie den Tieren die hergestellten Präparate und beobachteten deren Wirkung (Bäumler 1980:174ff., 195-199).

In den Frankfurter Laboratorien sollten Medikamente gegen vielfältige Krankheiten entwickelt werden, unter anderem gegen die Syphilis, die in Europa zahlreiche Opfer forderte. Bei den Versuchen war die Schlafkrankheit aber immer präsent. Denn auf deren Krankheitserreger konnten Chemikalien besonders gut angesetzt werden: Die Trypanosomen waren relativ groß und damit leichter zu handhaben als viele andere Mikroben. Die Erfahrungen, die Mediziner in der Arbeit mit ihnen machten, ließen sich weitgehend auf andere Infektionen übertragen. Für die europäische chemotherapeutische Forschung diente die Schlafkrankheit sozusagen als Modellinfektion, fernab von Tropen und Tsetse-Fliegen (Bäumler 1980:174ff., 195-199).

In Afrika wurden allerdings nicht nur die Erreger der Krankheit für Experimente herangezogen. Zwar hatte sich das *Atoxyl* nicht bewährt und wurde in Europa deshalb nur selten in der Behandlung der Syphilis eingesetzt. In den Schlafkrankenlagern der deutschen Kolonien etablierte es sich aber als Standardpräparat. Offenbar hofften viele Ärzte, dass nur die Dosierung geändert oder die Behandlung verlängert werden musste. Die Lager in Togo, Deutsch-Ostafrika und Kamerun jedenfalls wurden zu Experimentierfeldern für die chemotherapeutische Forschung – und afrikanische Kranke zu Versuchsobjekten (Sebald 1988:519-526, Eckart 1997:169-173, 342-349).

Im Labor von Ajoshöhe interessierten sich Nägele und seine Assistenten also auch aus wissenschaftlichen Gründen für die Fortschritte in der Therapie. Neben *Atoxyl* verabreichten sie den Kranken eine Vielzahl anderer Präparate. "Dreizehn Kranke erhielten Trypasafrol, 2 X täglich 0,1. [...] Mit Salvarsan wurden 9 Kranke behandelt", dokumentierte Nägele. Und er kündigte an: "Mit der von Broden angewandten und als wirksamer bezeichneten kombinierten



Behandlungsmethode (Salvarsan-Tryparosan-Trypaflavin) sollen später Versuche gemacht werden." ¹⁷

Wer mit welchem Mittel behandelt wurde, richtete sich weniger nach den Bedürfnissen der Patienten als nach wissenschaftlichen Erwägungen. Der Arzt gab offen zu, es "wäre mit der gewöhnlichen Atoxylbehandlung sicher ein besserer Erfolg erzielt worden".¹⁸ Vom Trypasafrol hatte er erst gar keine Heilwirkung erwartet.

Die Einschätzungen Nägeles und der Leiter anderer Schlafkrankenlager wurden von Medizinern in Deutschland genau studiert. Paul Ehrlich war besonders aufmerksam, als es sich um ein Mittel handelte, das er selbst den Kameruner Ärzten hatte zukommen lassen. Arsenophenylglycin hieß es, und im Unterschied zu den anderen Präparaten war es noch nicht für den deutschen Markt zugelassen. Zwar hatten Ehrlichs Mitarbeiter es nach Tierversuchen als äußerst wirksam beurteilt; auf solche Ergebnisse allein durften sich Mediziner aber nicht verlassen. Wie heute mussten Heilmittel auch am Menschen erprobt werden, bevor sie in den Handel kamen. Ehrlich hatte sich dazu an seinen Kollegen Konrad Alt gewandt, der im altmärkischen Uchtspringe ein Krankenhaus leitete. Alt hatte das Mittel an Syphilis-Kranke verabreicht und es für gut befunden. Weniger glücklich war Ehrlich mit den Meldungen, die ihn aus Deutsch-Ostafrika erreichten. Auch dort waren Kranke mit Arsenophenylglycin behandelt worden. "Die Berichte über die Behandlung von Schlafkranken sind bis jetzt noch nicht recht befriedigend", notierte er zerknirscht. Er hielt die Dosierungen, die in Ostafrika verabreicht worden waren, für viel zu gering: "Ich [...] glaube, daß man mindestens 2 X 1,0 g zu injizieren sich bemühen sollte, um dann eventuell auf 2 X 1,5 aufzusteigen." Zur Begründung fügte er hinzu: "Bei Tieren kann man mit derartig kleinen Dosen auch nicht viel sehen."¹⁹ Ehrlich beschloss, das Arsenophenylglycin zum wiederholten Mal in Afrika erproben zu lassen, diesmal mit expliziteren Anweisungen. Er holte Alts Rat ein, und dessen

¹⁷Nägele an Gouverneur: "Bericht des Schlafkrankenlagers Ajoshöhe für die Zeit vom 1. April bis 30. Juni 1913." o.O., o.D. BArch R 1001/5916, 98.

¹⁸Ebd.

¹⁹Ehrlich an Alt. Frankfurt/Main, 06. September 1909. BArch R 1001/5914, 57.



Empfehlungen zu Anwendung und Dosierung von Arsenophenylglycin wurden mit einer Lieferung des Mittels nach Kamerun verschifft.²⁰

Ehrlich stellte das Mittel selbstverständlich kostenlos zur Verfügung. Er umging außerdem Regierungsstellen. Womöglich hätten sich die Behörden quer gestellt, denn zuletzt war aus anderen Kolonien gemeldet worden, an der Behandlung mit seinem Mittel seien Kranke verstorben. In Kamerun waren die Ergebnisse nicht besser. In Ajoshöhe erhielten zehn Schlafkranke Injektionen mit Arsenophenylglycin. Unter ihnen gab es "mehrere Todesfälle"²¹, und die Überlebenden zeigten keinerlei Besserung. Die Versuche wurden abgebrochen. Offenbar reizte die Aussicht auf neue Erkenntnisse dennoch. Mitte 1913 bewerteten Ärzte in der französischen Nachbarkolonie Äquatorial-Afrika das Mittel positiv. Seitdem drängte der Leiter der Medizinalabteilung, Philaethes Kuhn: "Sehr wichtig wäre es, wenn die Versuche mit Arsenphynilglycin [sic] wieder aufgenommen werden könnten."²²

5. Schluss

Afrikaner dienten also deutschen Ärzten als "Menschenmaterial" – ein Begriff, der tatsächlich von einem Arzt verwendet wurde. Als solches wurden Afrikaner auch herangezogen, als sie schon längst verstorben waren. Denn Ärzte interessierten sich auch dafür, auf welchen Wegen sich Trypanosomen im Körper der Kranken bewegten und wo sie sich in welchem Krankheitsstadium einnisteten. Das ließ sich unter anderem feststellen, indem man die Körper verstorbener Schlafkranker öffnete. Deshalb waren die Makkas in der Lage gewesen, Sezierungen zu beobachten, bevor sie davon erschrocken aus dem Lager flohen.

²⁰ Gouverneur an RKA: "Beschaffung von Arsenophenylglycin." Buea, 21. Oktober 1911. BArch R 1001/5914, 19; RKA an Ziemann. Berlin, November 1911. BArch R 1001/5914, 20; Ziemann an RKA. Charlottenburg, 14. Februar 1912. BArch R 1001/5914, 55; Ehrlich an Alt. Frankfurt/Main, 06. September 1909. BArch R 1001/5914, 57f.

²¹ Kuhn: [Sammelbericht Schlafkrankheitsbekämpfung in Kamerun]. Duala, 07. Juni 1912. BArch R 1001/5914, 95.

²² [Kuhn]: "Bericht über die Reise des Chefarztes der Schutztruppe und Medizinalreferenten in die Schlafkrankheitsgebiete des Südens von Alt- und Neukamerun." o.O., [April 1913]. BArch R 1001/5914, 328.



Die Erkenntnisse, die Ärzte aus diesen vielfältigen Beobachtungen und Experimenten zogen, wurden in vierteljährlichen Berichten an die Medizinalverwaltung und an das Reichskolonialamt festgehalten und flossen zum Teil in wissenschaftliche Veröffentlichungen der beteiligten Ärzte. Das Wissen, das auf diese Weise in den Kameruner Schlafkrankenlagern generiert wurde, wurde also auch in Deutschland rezipiert. Ehrlich, Nägele und auch Kuhn, der die Wiederaufnahme der Versuche mit Arsenophenylglycin gefordert hatte, bildeten damit Teile eines viel weiteren Netzwerks an Wissenschaftlern, das sich zwischen Deutschland und seinen afrikanischen Kolonien entspannte. Experimentiert wurde in deutschen Laboren – an weißen Mäusen und mit Trypanosomen. Und in den "Schutzgebieten" – an Afrikanern. Ergebnisse wurden ausgetauscht, mit eigenen Erfahrungen abgeglichen und in späteren Arbeiten umgesetzt. Die "schlafkranken Makkas", hatten mit ihrem Gerücht also tatsächlich nicht so falsch gelegen: Dass in den Schlafkrankenlagern die Körper von bereits Verstorbenen geöffnet wurden, war für sie ein Hinweis darauf gewesen, dass es in Ajoshöhe um mehr ging als um die Behandlung von Kranken. Und noch etwas anderes erfasste das Gerücht der Makka: Auch wenn die Arbeit Nägeles nichts mit industriell gefertigtem Fleisch zu tun hatte – das Wissen, das er und andere deutsche Ärzte sich in Kamerun aneigneten, floss in den boomenden Handel mit ebenso fabrikmäßig hergestellten Chemotherapeutika.

6. Literatur

6.1. Primärliteratur

6.1.1. Unveröffentlichte Quellen

Bundesarchiv Berlin / Bestand des Reichs-Kolonialamts: "Erforschung der Schlafkrankheit – Allgemeines", *BArch R 1001/5876-5882*.

Bundesarchiv Berlin / Bestand des Reichs-Kolonialamts: "Londoner Internationale Konferenz zur Bekämpfung der Schlafkrankheit", *BArch R 1001/5883-5885*.

Bundesarchiv Berlin / Bestand des Reichs-Kolonialamts: "Schlafkrankheit in Kamerun", *BArch R 1001/5913-5917*.



6.1.2. Veröffentlichte Quellen

Koch, Robert 1907: "Schlussbericht über die Tätigkeit der deutschen Expedition zur Erforschung der Schlafkrankheit." *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 33, 46, 1889-1895.

Koch, Robert 1912: "Sitzung des Reichsgesundheitsrates am 18. November 1907: Mitteilung über den Verlauf und die Ergebnisse der vom Reiche zur Erforschung der Schlafkrankheit nach Ostafrika entsandten Expedition." In: Schwabe, Julius (Hg.): *Gesammelte Werke Robert Kochs*, Bd. 2, 2. Leipzig, 930-940.

6.2. Sekundärliteratur

Arnold, David (Hg.) 1988: *Imperial Medicine and Indigenous Societies*. Manchester und New York: Manchester University Press & St. Martin's Press.

Arnold, David (Hg.) 1996: *Warm Climates and Western Medicine. The Emergence of Tropical Medicine, 1500-1900*. Amsterdam: Rodopi.

Arnold, David 2000: Science, Technology, and Medicine in India, 1760-1947. *Cambridge History of India III, 5*. Cambridge, New York u.a: Cambridge University Press.

Bäumler, Ernst ²1980: *Paul Ehrlich. Forscher für das Leben*. Frankfurt/Main: Societäts-Verlag.

Beck, Ann 1977: Medicine and Society in Tanganyika 1890-1930. A Historical Inquiry. *Transactions of the American Philosophical Society* 67, 3. Philadelphia: American Philosophical Society.

Bulloch, William 1960 [¹1938]: *The History of Bacteriology*. London: Oxford University Press.

Butchart, Alexander 1998: *The Anatomy of Power. European Constructions of the African Body*. London und New York: Zed Books & St. Martin's Press

Bynum, William F. 1994: *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.

Coleman, William (Hg.) 1988: *The Investigative Enterprise. Experimental Physiology in Nineteenth Century Medicine*. Berkeley: University of California Press.

Conrad, Sebastian & Randeria, Shalini (Hgg.) 2002: *Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften*. Frankfurt/Main: Campus.

Conrad, Sebastian & Osterhammel, Jürgen (Hgg.) 2004: *Das Kaiserreich transnational. Deutschland in der Welt 1871-1914*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Cooper, Frederick & Stoler, Ann L. 1997: "Between Metropole and Colony. Rethinking a Research Agenda." In: Dies. (Hgg.): *Tensions of Empire. Colonial Cultures in a Bourgeois World*. Berkeley und London: University of California Press, 1-56.
- Cunningham, Andrew & Perry Williams (Hgg.) 1992: *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eckart, Wolfgang U. 1997: *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884-1945*. Paderborn, München, Wien, Zürich: Schöningh.
- Eckart, Wolfgang U. 2005: *Geschichte der Medizin*. Berlin: Springer.
- Foster, William 1970: *A History of Medical Bacteriology and Immunology*. London: Heinemann Medical.
- Friedrichsmeyer, Sara; Lennox, Sara & Zantop, Susanne (Hgg.) 1998: *The Imperialist Imagination. German Colonialism and its Legacy*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Geschiere, Peter 1995: *Sorcellerie et Politique en Afrique. La Viande des Autres*. Paris: Karthala.
- Headrick, Rita 1994: *Colonialism, Health and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*. Hg. v. Daniel R. Headrick. Atlanta: African Studies Association Press.
- Hoppe, Kirk Arden 2003: *Lords of the Fly. Sleeping Sickness Control in British East Africa 1900-1960*. Westport und London: Praeger.
- Kundrus, Birthe (Hg.) 2003: *Phantasiereiche. Zur Kulturgeschichte des deutschen Kolonialismus*. Frankfurt/Main: Campus.
- Lyons, Maryinez 1992: *The Colonial Disease. A Social History of Sleeping Sickness in Northern Zaire, 1900-1914*. Cambridge und New York: Cambridge University Press.
- MacLeod, Roy & Lewis, Milton (Hgg.) 1988: *Disease, Medicine and Empire. Perspectives on Western Medicine and the Experience of European Expansion*. London und New York: Routledge.
- Marks, Shula 1997: "What is Colonial about Colonial Medicine? And What has Happened to Imperialism and Health? (Presidential Address to the Society for the Social History of Medicine's Conference on Medicine and the Colonies)." *Social History of Medicine* 10, 205-219.
- Prüll, Cay-Rüdiger 2003: "Part of a Scientific Master Plan? Paul Ehrlich and the Origins of his Receptor Concept." *Medical History*, 47, 3, 332-356.



- Sebald, Peter 1988: *Togo 1884-1914. Eine Geschichte der deutschen "Musterkolonie" auf der Grundlage amtlicher Quellen*. Berlin: Akademie-Verlag.
- Vaughan, Megan 1991: *Curing Their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge und Oxford: Polity Press.
- Worboys, Michael 1994: "The Comparative History of Sleeping Sickness in East and Central Africa, 1900-1914." *History of Science* 32, 89-102.
- Zantop, Susanne 1997: *Colonial Fantasies. Conquest, Family and Nation in Precolonial Germany, 1770-1870*. Durham: Duke University Press.