

## MODERNE ZEITEN

Mit einer Rationalisierungsfolge beschäftigen sich Bild und Text dieses „Eingesandt“:

### Antreten zum Stechen



Unter der Devise „Gleitende Arbeitszeit“ hat man in verschiedenen Zweigen der öffentlichen Verwaltung jetzt wieder Stechuhren eingeführt und deren Benutzung obligatorisch auch für die Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemacht, wohingegen die höheren Verwaltungsbeamten befreit sind. Auf dem Foto sieht man die Ärzte eines Gesundheitsamtes im Regierungsbezirk Köln bei Dienstantritt zunächst zur Zeitnahme antreten. An einer Uhr für jeden „Bediensteten“ kann jeder Passant die im Monat abgeleistete Stundenzahl ablesen. Diese Handhabung, die sicher nicht geeignet ist, der ärztlichen Berufsausübung gerecht zu werden, dürfte für den ärztlichen Nachwuchs interessant sein und kaum dazu dienen, die Personalsituation im öffentlichen Gesundheitsdienst zu verbessern.

Dr. med. R. von Poncet  
Facharzt für Hautkrankheiten  
514 Erkelenz  
Wilhelmstraße 69

## Augenheilkunde: Blick hinter die Fassade

Beobachtungen und Erkenntnisse eines deutschen Augenarztes  
in den Vorstädten Bombays

Eberhard Wagner

Kürzlich hatte ich Gelegenheit, ein Kinderdorf in den Vorstädten Bombays zu besuchen, und konnte dort augenärztlich tätig sein. Diese vergleichsweise einfache und nicht übermäßig belastende Arbeit wurde zur Lawine, als ich von den „Marys“ gebeten wurde, Augenranke aus den das Heim umgebenden Vorstädten zu untersuchen und zu behandeln. Die Therapie war nur dank einer großzügigen Spende der Firma Dr. Winzer, Konstanz, möglich, die nach Absprache Medikamente – vorwiegend Chloramphenicol mit seinem breiten Wirkungsspektrum auf grampositive und gramnegative Keime – im Gegenwert einer vierstelligen Summe per Luftfracht zum Versand gebracht hatte\*). Der Ruf, den die „germaneye-drops“ in Kürze hatten, ging so weit, daß beispielsweise ein Taxifahrer auf dem Weg zur „Sprechstunde“ beharrlich, aber vergeblich, statt der Fahrtkosten „drops“ einhandeln wollte. Für die private und prompte Entwicklungshilfe sei der Firmenleitung an dieser Stelle ausdrücklich gedankt, und die kritische Würdigung der Therapie ist mehr als pflichtschuldige Fleißarbeit.

Die „Marys“ sind junge christliche Inderinnen, die – wenn man so will – die herangewachsene Elite aus dem Kinderdorf darstellen. Sie haben freiwillig und nicht etwa unter sanftem Druck den Weg zu ihrer fürsorglichen Arbeit gefunden, und kürzlich wurden sie in einem der führenden deutschen Magazine gewürdigt. Ihre zfassende,

praktische Hilfe ist in einem Land, in dem sonst der lehrende und abstrahierende Guru mit die höchste Rangfolge innehat und in dem Schopenhauers „Welt als Wille und Vorstellung“ große Beachtung findet, verblüffend. Mit diesem „Personal“ – drei wurden von mir eingearbeitet – und mit einem im Bordkoffer verpackten Instrumentarium, das bei jeder Zoll- und Waffenrevision höchstes Mißtrauen erregte, begann die Arbeit in einem Subkontinent, in dem die letzte greifbare Statistik (zitiert nach Ocampo), auf 500 000 Einwohner einen Augenarzt aufweist, wobei das Verhältnis in den riesigen Vorstädten sicher noch ungünstiger ist. Am Rande sei erwähnt, daß der Verfasser ausdrücklich das Schlagwort „Slums“ vermeidet, mit dem immer etwas Gewalttätiges verbunden ist, dem er in Indien im Gegensatz zu Südamerika nie begegnet ist; auch geht die Regierung behutsam gegen das Wohnungselend an, wobei allerdings das „Schaffe, spare, Häusle baue“ noch in weiter Ferne zu liegen scheint. Ebenfalls steckt eine breitgestreute Sozialversicherung in den Kinderschuhen, die in dem uns umgebenden Milieu schon an der Fluktuation der Bevölkerung und den damit verbundenen Registrierungsschwierigkeiten scheitert. So wurden zum Beispiel in Kalkutta alle

\*) Schwester Anna-Huberta Roggendorf † gewidmet, die das Kinderdorf St. Catherine's Home in Bombay aufgebaut und die Community der Marys begründet hat.

administrativen Versuche durch das Flüchtlingseland vereitelt.

Das Erdulden ohne jedes Aufbegehren und die Umwelt dieser Vorstadtbewohner brachten Krankheitsbilder zur Darstellung, wie sie in Europa nur noch in Lehrbüchern zu finden sind und die lupenrein eine Kontrolle der therapeutischen Wirksamkeit gestatten, zumal mit einem für unsere Verhältnisse etwas antiquierten Mikroskop brauchbare Abstriche kontrolliert werden konnten. Vor- oder anbehandelte Erkrankungen wie zu Hause gab es auf Grund der dargebotenen Symptomatik mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht. Es entfiel die Parade der angebrochenen Medikamente, die unsere Patienten so oft aus der Handtasche herauskramen. Ausnahmen bestätigen die Regel, und die Vorgeschichte zweier Glaukompatienten mit beidseitig massiv infizierten Elliotischen Trepanationen blieb im Dunkel. Die Schwierigkeit lag *allein* darin, den fast abheilenden Fall mit der Gefahr der Remission zur Nachschau zu bringen. Hierfür hat der Inder kein Verständnis, und nicht umsonst ist auf dem Land der Besuch des Klinomobils, dem auch prophylaktische Aufgaben zukommen, mit einer improvisierten Kinovorstellung verbunden. Unser ausgedachtes Prämiensystem, das weiter unten noch beschrieben wird, war einfach – um nicht zu sagen simpel – und hat geklappt. Die Echternacher Springprozession – mal Prämie für unbenutzten Krankenschein, mal Selbstbeteiligungsversuche, mal schöne bunte Scheinchen zur Prophylaxe, die heute aus Weiß Schwarz und morgen aus Schwarz Weiß machen und die den Streß des praktizierenden Arztes zu Hause im Kampf mit dem Papierkrieg nicht unbedingt mindern, blieb dem Verfasser erspart.

### Arbeitseinteilung

In einer Vorbesprechung, u. a. mit den drei Helferinnen, wurde deren Arbeitseinteilung (Dolmetsch, Assi-



Selbstgebastelte Leseprobentafel mit Schriftzeichen des Hindudialektes im Staate Maharashtra

stenz und Mikroskopieren), der Plan für die beinahe 14tägige Praxiszeit festgelegt und der fensterlose Arbeits- und Ambulanzraum der Schwestern zur Verfügung gestellt, bei dem die oberen Seitenwände durchbrochen waren und somit ein beinahe gleichmäßiges Licht für die Sehprobe in 5 m Entfernung garantierten. Die bekannte aufklappbare Tafel mit Zahlen und Buchstaben mußte vorab in den Hindudialekt des Staates Maharashtra übertragen oder mit bildähnlichen Symbolen versehen werden.

Dieser Aufgabe hatte unser junger, die Schreibstube im Kinderdorf betreuender Helfer die halbe Nacht geopfert. Er arbeitet freiwillig – und das nur als Streiflicht – in St. Catherine's Home, dem Kinderdorf, weil ihm dies Pluspunkte für sein vom Numerus clausus beschnittenes Studienfach einbringt, eine ungeahnte Konsequenz zugunsten der Entwicklungshilfe.

Das Resultat des ersten Vormittages, das die Schwestern bekanntgegeben hatten, zwang uns zu einer sinnvolleren Arbeitseinteilung und zu einer Behandlung von maximal 90 Patienten pro Tag, wie auch zu einer Aufteilung der Krankheitsgruppen, nachdem am ersten Tag alles durcheinanderging. Am frühen Vormittag wurden die überschaubaren Entzündungen untersucht und die Therapie festgelegt, dann in der anschließenden Nachschau vom zweiten Tag an der bisherige Behandlungserfolg kontrolliert, gegebenenfalls die Therapie erweitert, und nach der Mittagsruhe kamen Sehstörungen im weitesten Sinne zur Untersuchung. Vorab sei bemerkt, daß äußere Krankheitsbilder gewissermaßen erwartet wurden, während die Beobachtungen aus der Nachschau und der Nachmittagsprechstunde verblüffend und deprimierend waren (siehe auch weiter unten). Durch die Antibiotika sind uns zwar ungeahnte

Augenambulanz in Indien

Möglichkeiten gegeben, aber die Erblindungsursachen durch die miserablen Umweltbedingungen sind so mannigfaltig, daß die Hilfe viel umfassender sein müßte.

Aus Darstellung 1 ist ersichtlich, daß die Zahl der kontrollierten Erstbehandlungen, und zwar vorwiegend der Infektionen, zwangsweise abnehmen mußte, da Zeit und Geld zu Ende gingen, was mit dem ärztlichen Gewissen bei dem dargebotenen Elend kaum zu verantworten war. Ein zuvor in Deutschland mit Unterstützung eines bekannten Bundestagsabgeordneten gestarteter Versuch, die Tätigkeit mit einer „Reisekostenbeihilfe“ des Entwicklungsministeriums zu verlängern, scheiterte an den Richtlinien, worüber noch zu sprechen ist. Die Nachschau in Spalte 2 zeigt die Zahl der „Wiederkommer“, bei uns zumeist problemlos und hier der Schwerpunkt der Tätigkeit. Erst bei dieser Kontrolle kamen die eigentlichen Krankheitsbilder gut zum Vorschein, so z. B. auch die Vaccineblepharitis, nachdem die überlagernden Mischinfektionen behan-

delt und die „reinen Infektionen“ mit (erstaunlicherweise) Strepto-, Staphylo- und dann erst Pneumokokken ebenso wie die Lid- und Tränenwegsentzündungen abgetrennt wurden. Lidabszesse und Tränenwegsphegmonen wurden breit inzidiert und primitiv versorgt, isolierte Dacryozystitiden gesäubert, mit Aquamycetin gespült und mit denselben wässerigen Tropfen nachbehandelt. Der ausgezeichnete Erfolg (siehe Darstellung 1), der die nachfolgende gründliche Untersuchung gestattete, konnte beinahe ohne Prämie in den 10 Tagen regelmäßig überwacht werden, da die etwas „demonstrativ gespülten“ Patienten dann auch die treuesten waren.

Das schematisch einordnende, sofort diagnostizierende Denken – durch vierjährige Assistentenzeit unter R. Thiel in Frankfurt geradezu eingemeißelt – mußte a priori in Indien zuerst einmal abgelegt werden, eine breitgestreute Vorbehandlung banaler Entzündungen mit Chloramphenicol örtlich war dringend notwendig, nachdem die

etwas abenteuerlich beschafften Lösungen eine Gramfärbung gestatteteten.

Diese Art der Allround- oder – besser gesagt – Vorabbehandlung muß in bestimmten Gegenden ausgedient werden; dabei ist die Gefahr, daß das Grundleiden verwischt wird, bei der Schwere der seit Jahren bestehenden Symptome gering; im Gegenteil, die Diagnose war dann erst möglich, die Indolenz der dortigen Patienten, die, ohne sich um Infiltrate, Schwellungen oder Verwachsungen zu kümmern, anhand der ersten Heilerfolge fröhlich vordannen zogen, dagegen verhängnisvoll. Eben darum und um auf Grund zu kommen, mußte das numerierte und die Identität wahrende Prämiensystem eingeführt werden.

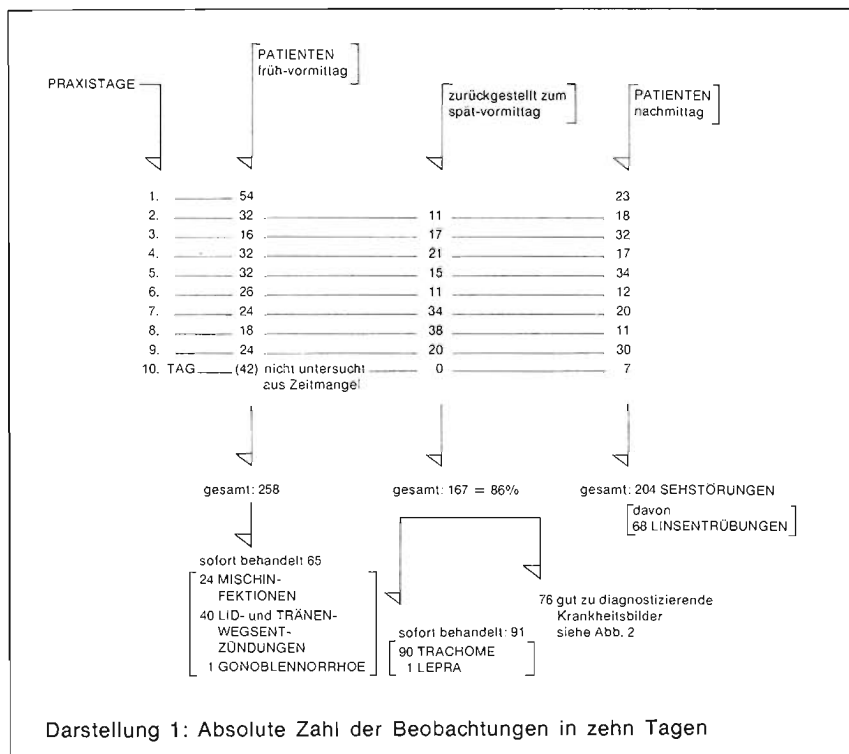
Zur Verwendung in diesem ersten Stadium kam örtlich Chloramphenicol in wässriger und vor allen Dingen ölicher Lösung. Die ölige Lösung bewährte sich, weil

① die neutralen pflanzlichen Öle, die sich nicht mit der Tränenflüssigkeit vermischen, die Temperaturschwankungen – gemessen am Erfolg – (siehe auch Darstellung 2) gut vertragen haben,

② das Auspressen der Salbe häufiger ist,

③ Verbände auch bei tiefergreifenden Erkrankungen unter den gegebenen Umständen völlig unmöglich waren, da hierzu die Mittel fehlten und auch häufig „letzte Augen“ versorgt wurden (Begleitpersonen, wie sie bei uns ständig attestiert werden müssen, waren in den unteren Kasten selten oder nicht vertreten. Die so gepriesene Fürsorge in der Großfamilie hat offensichtlich in den Elendsvierteln ihre Grenze.) und

④ last not least, die Erklärung des Eintropfens bei Öl und Wasser die gleiche war. Zeitersparnis bei dem ständigen Dolmetschen in die dazu noch verschiedenen Hindudialekte war überaus wichtig! ▷

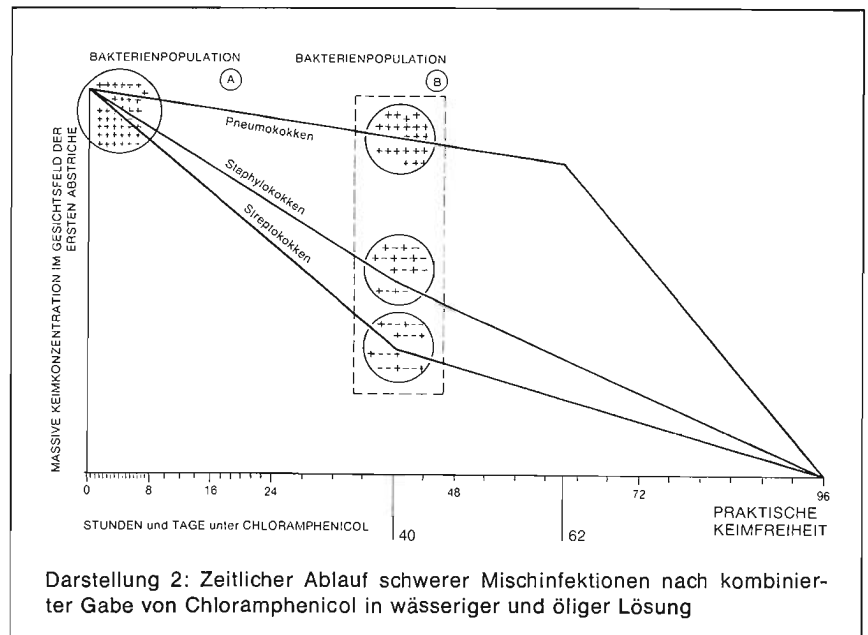


Darstellung 1: Absolute Zahl der Beobachtungen in zehn Tagen

Augenambulanz in Indien

Bei den nur 24 Fällen – knapp 10 Prozent – allein mit einer frischen Infektion ohne tiefersitzendes Grundleiden, verlief der teilweise pseudomembranöse, vorwiegend massiv eitrig Krankheitsablauf, wie aus Darstellung 2 ersichtlich ist. Die Abstriche ließen nebeneinander grampositive Staphylo-, Strep- to- und Pneumokokken erkennen. Für die beiden ersteren Keimarten kündigte sich deren Verschwinden durch den beginnenden Zerfall der Kugeln und Ketten an, während die Pneumokokken unangefochten die Stellung hielten, bis schlagartig nach einer bestimmten Zeit ihr Nachweis nicht mehr möglich war. Wer nun primär der Erreger bei den so schweren Erscheinungen war, mag dahingestellt bleiben. Für uns ein sekundäres Problem, und die wechselseitige Mobilisierung aller genannten Keime ist bei den massiven Infektionsmöglichkeiten und der mangelnden Abwehr durchaus gegeben. Der Teufel sitzt bekanntlich im Detail, und hier ist nachzutragen, wie wir das Problem des geregelten Eintropfens gelöst haben in etwa nach dem Schema: alle 30 Minuten über 8 Stunden Chloramphenicol in wässriger und dann vierstündlich in ölgiger Lösung über Tage bis zum negativen Abstrich. Mein begeistert mitarbeitendes Team, das sehr bald die Technik der Abstriche beherrschte und in Schicht rund um die Uhr arbeitete, hatte im Vorhof und Garten die vierundzwanzig genannten Patienten ständig präsent, weil der Verfasser die bescheidene Zentralküche des Waisendorfes durch eine zusätzliche Spende zur Ausgabe von Brotfladen und Reis bewegen konnte. Diese etwas seltsame Methodik sei uns im Interesse des Abheilens und Beobachtens vergeben. Sie erscheint in der Rangfolge zumindest der von Gupta beschriebenen gleichwertig, der als Träger von örtlich anzuwendenden Medikamenten und damit zugleich als Lockmittel ein volksübliches Kosmetikum (Rußöl) nahm.

Nachdem sich diese Vorbehandlung eingespielt hatte, konnten vom zweiten Tag an am späten Vormit-



Darstellung 2: Zeitlicher Ablauf schwerer Mischinfektionen nach kombinierter Gabe von Chloramphenicol in wässriger und ölgiger Lösung

tag zunehmend Krankheitsbilder beobachtet werden, die dem Verfasser – so aus der heimatischen Praxis geläufig – durch ihre Schwere imponierten oder nur vom Lehrbuch her bekannt waren, vorweg das Trachom! Seit langen Jahren ist trotz Krieg, Nachkriegszeit und zunehmendem Bevölkerungsaustausch dieses Bild und seine Folgen in der Bundesrepublik nahezu unbekannt, wie auch die letzte Statistik mit nur 11 Neuerkrankungen in 1972 und 12 in 1971 (Auskunft vom Bundesgesundheitsamt Berlin) beweist. Jetzt waren die Dinge geradezu auf den Kopf gestellt, die Conjunctivitis trachomatosa und ihre Folgen mit etwa 90 Fällen am häufigsten vertreten. Diese Aussagen, begründet auf bescheidenste Vitalmikroskopie an heißen indischen Vormittagen, sind bei der immer fluktuierenden Bevölkerung der Millionenstadt Bombay sicher nicht repräsentativ. Ihr Registrieren war aber eine vorzügliche Lehre für alle Zeit und eine solche Reise, nachdem noch in den Vorstellungen der heimatischen Praxis gedacht wurde. Dieses plötzliche Umdenken bei den heutigen Reisegeschwindigkeiten (neun absolute Flugstunden), dieses schlagartige Versetzen in ein anderes Arbeitsklima war mit das Schwerste. Da

nun selbst erfahrene Trachomkenner – zitiert nach einer 1967 erschienenen Arbeit mehrerer Autoren – zugeben, daß die Tetracyclintherapie keinen befriedigenden Erfolg aufweist, erschien die Behandlung örtlich mit dem allein vorhandenen Chloramphenicol gerechtfertigt, zumal gegenüber dem Erstgenannten nur Resorptionsunterschiede bestehen sollen.

Besserungen waren zu sehen, verwertbare Aussagen über den Erfolg bei den folliculären Fällen – etwa zwanzig – bei nur zehntägiger Dauer unmöglich. Ein oraler Sulfonamidstoß entfiel mangels Masse; auch die übrigen Kranken mit Trachomfolgen wurden lediglich – wie eingangs beschrieben – von ihrer Sekundärinfektion befreit. Ein Mehr scheiterte an den Mitteln. So auch der sicher vorzügliche Gedanke, Skleralschalen bei Verwachsungen einzusetzen, an den man in der Hitze des Tages verbittert ob der eigenen Hilflosigkeit denken mußte, als zufällig ein beginnender Schrumpfungsprozeß – wie vergleichsweise – mit einem Erblindeten zusammen zur Inspektion kam. Der Titel dieses Berichts „Augenheilkunde: Blick hinter die Fassade“ gestattet, daß der Aufsatz nicht nur der Reihe nach Statistiken

**Tabelle: Ergebnis der Chloramphenicol-, Chloramphenicol- plus Cortison- und der alleinigen Cortisonbehandlung bei den verschiedensten Vorderabschnittserkrankungen**

Krankheitsbild	bei	
	lokale Therapieerfolge	örtlich bedingten Einschränkungen
26 Rändulcera	Chloramphenicol ölig und wässrig im Wechsel + + + + +	Rückfallgefahr, da keine anderen Maßnahmen möglich.
22 Iritiden	Cortison ölig (Zus. My.) + + + + +	keine causale Therapie (Rezidive wahrscheinlich)
5 pseudomembranöse Bindehautentzündungen mit Blutungen	Chloramphenicol ölig und wässrig + + + + +	keine
4 x Ulcus serpens	Chloramphenicol ölig - + - + -	oberflächliche Besserung, da keine Allgmeintherapie möglich.
4 infiz. Leukome	Chloramphenicol ölig + + + + +	keine
3 tiefe Hht. — Infiltrate und Iritiden bei Herpes zoster	Cortison ölig + + + + +	schlagartige Besserung der augenärztlichen Komplikationen
2 x Keratitis disciformis	Cortison ölig (Zus. My.) + + + + +	keine
2 x Keratitis parenchymatosa	Cortison ölig (Zus. My.) + + + + +	Allgemeinbehandlung trotz typischer Krankheitszeichen nicht möglich.
2 x massiv schmerzhaft Infektionen nach druckentlastenden Eingriffen	Chloramphenicol ölig und wässrig + + + + +	keine
1 x superinfiz. Vaccineblepharitis	Chloramphenicol mit Cortison ölig + - + - +	nur Beseitigung der massiven Mischinfektion
Beobachtungszeitraum: 9 Tage		
5 geschwürig zerfallende Lidtumoren	Chloramphenicol ölig beseitigt die aufgepropte Mischinfektion	Operation erforderlich

aufzählt, sondern mehr im Stil einer Schilderung erscheint, daher ein paar Worte zu dem seltensten, nur einmal vertretenen Krankheitsbild im Gegensatz zum so häufigen Trachom, der Lepra, und zwar der mit der berühmten Facies leontina, der wir hilf- und fassungslos gegenüberstanden. Als dieser Kranke, gezogen von seinen Leidensgenossen, auf einem kleinen Wägelchen hereingerollt wurde, mußte der Verfasser an Dantes „Lasciate ogni speranza“ denken.

So ganz konnte die Hoffnung doch nicht aufgegeben werden, denn uns blieben 76 Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes, die regel-

mäßig kontrolliert wurden und vorwiegend gute Heilungstendenzen aufwiesen.

Die Darstellungen in der Tabelle, die Ergebnisse unserer Beobachtungen, haben keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit und waren nur das Mittel der Wahl in der Situation, in der wir uns befanden, da die kausale Therapie zwangsläufig entfiel; auch die beste örtliche Cortisonbehandlung bei einer Keratitis parenchymatosa oder bei einer Iridocyclitis wird Stückwerk bleiben. Die gern übernommene Verpflichtung zu helfen, wo es nur möglich war, hatte dank der genannten Präparate Besserungen erwirkt — um

das Wort Heilungen zu vermeiden —, die für beide Teile imponierend waren. Es sei hier gestattet, einmal deutlich zu werden: Endlich tat sich etwas nach den Trachomen und deren Folgeerscheinungen und nach der Lepra. Die Aufhellung, der Lichtblick, war im wahrsten Sinne des Wortes doppelt, für Patienten und Arzt und konnte unsere Stellung und damit den Einfluß auf den Kranken erheblich verstärken, ihn aus seiner Passivität zur aktiven Mitarbeit bringen, aus der er sich sofort entlassen fühlt, wenn er auf Schwierigkeiten stößt. Wäre die therapeutische Basis mit einer zusätzlichen Allgemeinbehandlung an Hand eines guten diagnostischen

## Augenambulanz in Indien

Rüstzeuges nach größer, dann würde die geistige Voraussetzung der meisten Inder, nämlich die Erwartungslosigkeit, die nun einmal in Rechnung gestellt werden muß, plötzlich umschlagen und der Erfolg überdimensional ansteigen. Sua res agitur!

Die Erkrankten mit ekzematösen Keratitiden und all den bekannten Begleiterscheinungen sind nicht in Darstellung 1 und der Tabelle erfaßt, weil diese zumeist Jugendlichen aus organisatorischen Gründen mit den Kindern des Waisendorfes untersucht werden mußten. Dazu trieb uns Zeitmangel, und dann war eine gemischte Sprechstunde von groß und klein bei dem notwendigen Palaver und der Hitze zuviel. Hinzu kam noch, daß die anfänglich nicht beaufsichtigten Heranwachsenden die durchbrochenen Oberteile der Außenwände vom Garten her erklimmen hatten und sinnigerweise durch die in Indien sehr häufigen Hakenkreuzfriese ihre Beobachtungen machten, was im Verfasser — Jahrgang 1921 — schreckliche Erinnerungen auslöste. Alle Kinder, die des Heimes und die von auswärts hergebrachten, waren bis auf die imponierende Vaccineblepharitis und die Gonoblennorrhöe besser gehalten und sprachen auf Chloramphenicol mit Cortison gut an. Wir waren uns der Gefährlichkeit von Cortisongaben sehr wohl bewußt, diese Präparate wurden unter Verschuß gehalten, und die Marys sind angewiesen, Packungen mit dem Streifenmuster nur nach ärztlicher Anordnung auszugeben. Die Heilung war in vielen dieser typischen Fälle noch zu meiner Zeit festzustellen, wenn sicher auch Rückfälle zu erwarten sind. Die Ursache dieser ekzematösen — oder besser gesagt — skrofulöskindlichen Erkrankungen in einer Vielzahl, wie wir sie vom Hörensagen älterer Kollegen kennen, die in den 20er Jahren in großen Polikliniken wie Berlin, Breslau, Leipzig u. a. tätig waren, kann nur ein tuberkulöses Geschehen sein. Das Übel an der Wurzel anzupacken ist geplant, und Herr Kollege Si-

nios, Chefarzt des Borgfelder Kinderkrankenhauses in Hamburg und Mitglied des Freundeskreises um das Kinderdorf bemüht sich um ein Röntgengerät und vor allen Dingen um fracht- und zollfreie Einfuhr.

Zumeist blieben Lidrand- und Wangenekzeme als Mutterboden für die Infektionen übrig; hierfür standen keine Mittel zur Verfügung, die zwei mitgebrachten Tuben Linolaemulsionen waren ein Tropfen auf den heißen Stein, und es darf hier ein Dank angeschlossen werden. Herr Kollege Peter, Dermatologe in Kassel und Vorstandsmitglied der Landesärztekammer Hessen, hat die Firma Dr. August Wolff K.G. in Bielefeld angesprochen, die eine größere Sendung Linolaemulsionen zugesagt hat. Der Verfasser, der bei staatlichen Stellen kraft der Richtlinien abgeblitzt ist, kann die herzliche und zupackende Hilfe der genannten Firma und Kollegen nur bewundern. Wenn einst, was ein gnädiges Schicksal verhindern möge, die Vorstellungen des vor einem Jahr über die Bühne gegangenen „Marburger Gesundheitskongresses“ (Verstaatlichung des Gesundheitswesens, einschließlich pharmazeutische Firmen) verwirklicht würden, wird es wohl mit dem aus sein, was eine bekannte Illustrierte das „Abenteuer der guten Tat“ nannte, und die Richtlinie hat gesiegt.

Zu diesen Reflexionen war jedoch vor Ort keine Gelegenheit, und selten wurde mir die Hilflosigkeit so klar, wie bei den nachmittäglichen Untersuchungen, bei denen immerhin 212 Patienten — sagen wir einmal — bestenfalls sortiert wurden, die zwar unsere Einstellung nicht eingesehen hatten, aber geduldig warteten. Es ist nicht beabsichtigt, den Leser durch diese indische Vorortsprechstunde zu führen, sondern es sollen nur einige besonders auffallende Merkmale geschildert werden. So müßte es doch eine Gelegenheit geben, ganz einfache Flügelfelle zu operieren, die sich im Gegensatz zu dem, was wir hier zumeist sehen, mit aufgeblähtem Kopf bis zur Hornhautmitte vorschieben, und das beidseitig.

Im Hornhautbereich waren dichte Leukome, wenn am zweiten Auge eine Restschärfe bestand, sicher kein Tagesgespräch zwischen meinen Mitarbeiterinnen und mir. Nur in einem Fall gelang es, einen alten Mann zur „stationären“ Versorgung zu bringen, bei dem am einzigen Auge eine beginnende Einschmelzung der Hornhaut befürchtet werden mußte. Ob Malazie oder Kachexie, der Übergang war fließend und für uns beinahe unwichtig. Hier galt es, sofort zu helfen, und der Patient hat sich unter einer vorsichtigen örtlichen und Allgemeinthherapie in Verbindung mit einer robrierenden Versorgung, die aus den vorhandenen Spenden zusammengestellt wurde, ganz gut erholt und ist nach meiner Zeit laut brieflicher Mitteilung der Mary Karuna zögernd mit Stock und Sack wieder untergetaucht. Die Mittel zur stationären Pflege gingen zu Ende; wird er wiederkommen?

Das Schlimmste bot sich bereits in den ersten Tagen an, und um ganz sicher zu gehen, haben wir vom Hindudialekt ins Englische übersetzen lassen und dann diese Aussagen stenographisch in Deutsch protokolliert. Zu verschiedenen Zeiten kamen zwei Männer, jeweils mit einer reifen Katarakt, der erste mit einer linksseitigen Phthisis bulbi, der zweite auch linksseitig, mit einem absoluten Glaukom. Hier handelte es sich nach den Schilderungen um die Folgen eines mittelalterlichen Starstiches, und das im zweiten Teil des 20. Jahrhunderts! Nichts in all diesen Tagen außer der leprösen Facies leontina war beeindruckender! Die Erklärung liegt darin, daß vor allem bei der Masse der unversorgten Bevölkerung fast alle Linsentrübungen viel früher einsetzen, und wir konnten überschlägig errechnen, daß unsere 68 „Starpatienten“, die bei einem Durchgang von 212 Patienten an den Nachmittagen den Löwenanteil stellten, im Schnitt nicht viel älter als 55 Jahre waren.

Die Tatsache als solche ist in der Literatur mehrfach beschrieben, zahlreiche Entstehungsursachen

werden diskutiert. Etwas fraglich ist die 1967 veröffentlichte Hypothese zweier Amerikaner, die für die frühen Eintrübungen die stärkere Sonnenbestrahlung verantwortlich machen. Kein Inder wird sich unnötig der Sonne aussetzen, die Gefahr der Kataraktbildung am Teutonengrill und in Mallorca mit den schönen, bunten, wagenradähnlichen, aber unnützen Sonnenbrillen wäre erheblicher, zumal bekanntlich die Schwellenwerte am wirksamsten sind. Ohne wissenschaftlich unterlegte Aussage sei hier zu bedenken gegeben, daß Unterernährung mit Vitaminmangel, gestörter Elektrolythaushalt und für Inder unterschwellig ablaufende allgemeine oder lokale Erkrankungen sicher eine große Rolle spielen.

Die übrigen Erkrankungen der Nachmittagssprechstunde waren mannigfaltig, gestatteten aber bei 10 Tagen und 212 Patienten keine Signifikanz. Auffallend war, daß kaum ein Strabismus vorgestellt wurde. Schielkinder sieht man nicht als krank im eigentlichen Sinne an, und sie werden wahrscheinlich kraft ihres Aussehens „sinnvolleren“ Aufgaben zugeführt. Mein verehrter Lehrer W. Kreibitz pflegte bei den Examenskandidaten häufig zu fragen: „Was machen Sie mit einem Schielkind?“ und wenn weit-schweifige Antworten, die auch das Zwischenhirn nicht schonten, ihn langweilten, dann wurde er, was selten vorkam, böse und meinte:

„Ach Quatsch, sorgen Sie dafür, daß das Kind immer, und zwar auch zu Weihnachten und Ostern seine Brille trägt.“ Diese so berechnete Forderung kann bei den wenigen Formen des Strabismus und bei den zahlreichen Refraktionsanomalien nicht erfüllt werden, da z. B. der Polizist an der Kreuzung, der uns mit seinem Besuch beehrte und dadurch der Ambulanz einen gewissen Status verlieh, für die notwendige Nah- und Fernbrille einen Betrag ausgeben mußte, der ihn überschlägig zu einem dreitägigen Fasten mit seiner sechsköpfigen Familie gezwungen hätte. Der Rest ist Schweigen.

### Erkenntnisse

Daß der Verfasser und mit ihm sein kleiner Freundeskreis aber nicht geschwiegen hat, mögen die vorangestellten Untersuchungsergebnisse als auch die mitgeteilten Beobachtungen allgemein beweisen. Der lokale Einsatz antibiotischer Präparate war von Erfolg gekrönt. Wir haben Ergebnisse gesehen, die bei den unvorbehandelten Patienten einmalig waren und den Hinweis gestatteten, wie schädlich die heimatische Polypragmasie ist, an der primär zumeist der Arzt nicht die Schuld trägt. Chloramphenicol in wäßriger und vor allen Dingen in ölicher Lösung sind Präparate, die bei Infektionen praktisch keinen anderen therapeutischen Aufwand erfordern und auch den Helferinnen in die Hand gegeben werden können, da die Diagnose bei rahmig-eitrigem Sekret zumeist einfach ist. Ihre nahezu vollständige Wirkung hat den Verfasser veranlaßt, bis zu einem gewissen Grade die Ausgabe der Medikamente durch die Helferinnen fortsetzen zu lassen. Zahlreiche Heilungen mögen diese oder jene Fehldiagnose verzeihen. Das Nil nocere erfordert vor allem unter den dortigen Bedingungen von Cortisonpräparaten eine wesentlich vorsichtigeren Verordnungsweise, die niemals ohne Vitalmikroskopie abzugeben sind. Die ärztliche Aufgabe war damit aber nicht erfüllt, denn zum Heilungserfolg gehört vor allen Dingen das Begreifen der dortigen Mentalität, was dank der Marys gut vonstatten ging und im einzelnen eingangs beschrieben wurde. Die Forderung, „die müssen doch dankbar sein, daß wir kommen“ ist fehl am Platze, ebenso wie das preußische Prinzip „mehr sein als scheinen“. Es ist notwendig, selbst ein wenig zu schauspielern oder kleine Kniffe anzuwenden, so wie zum Beispiel Gupta sein Antibiotika in ein Kosmetikum eingepackt hat.

Was nützt aber all dieses Wissen bei der Vielzahl der Fälle, denen wir wirklich hilflos gegenübergestanden haben? Und hier sollte der Einsatz erhöht werden. Im ganzen

Staate Maharastra, dem drittgrößten Staate Indiens mit einer Bevölkerung von nahezu 40 Millionen, ist das Krankenfahrzeug der VW-Stiftung bekannt, und das noch in einem Land, in dem merkwürdigerweise der „Käfer“ selten ist. Der Wagen ist der Obhut der Marys übergeben, ihr Chauffeur kutschiert ihn stolzer als jeder königliche Wagenführer seinen Residenten. Warum läßt sich daraus eigentlich kein noch so bescheidenes Klinomobil machen und erfaßt alle die, die am Rande der Dörfer leben? Viele ambulante Eingriffe in den Außenstationen der Marys würden für alle Beteiligten segensreich sein, helfen und zugleich unsere Hilflosigkeit, die in Depressionen ausarten kann, herabsetzen. Daß darüber hinaus eine exzellente Werbung für unsere Heimat getrieben wird, steht auf einem zweiten Blatt. Die privaten Mittel sind nahezu erschöpft, die Spendenfreudigkeit hat ihre Grenzen, und der Staat steht bis dato diesen Reisen mißtrauisch gegenüber. Vielleicht können die kirchlichen Außenämter helfen, auch eine Stiftung wäre denkbar, in die wir unsere Kenntnisse einbringen und in der wir unsren sauer verdienten Urlaub in einen Arbeitsurlaub verwandeln. Die Fortbildung ist dabei ein zusätzlicher Anreiz, und das gewonnene Wissen um neu- oder andersartige Krankheitsbilder zahlt sich sicherlich aus, da die weltweite Nachbarschaft immer enger wird. Diese Nachbarschaft gegenüber Indien ist nicht einfach so dahergeredet und fordert von uns mit unserer ständig stimulierten Umwelt großes Verständnis für die Mentalität eines Volkes mit einer fünftausend Jahre alten Kultur und seinen großen in sich ruhenden religiösen, philosophischen und dichterisch-künstlerischen Schöpfungen, das dabei humanitär – welcher Gegensatz – dringend der Unterstützung in menschlich verständnisvoller Form bedarf.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:  
Dr. med. Eberhard Wagner  
35 Kassel, Ständeplatz 11