

Es gibt hier viel gute und moderne Krankenhäuser, aber es mangelt an Personal und Organisation.

Das Bild, das die privat praktizierenden Ärzte hier bieten, ist gewöhnlich folgendes: Auf dem Basar (Markt) stehen rechts und links verschiedene Verkaufsstellen. Man sieht viel Volk und viel Schmutz. Das Auge fällt dabei auch auf ein Geschäft mitten auf dem Markt mit einem Schild: Dr. Ali Khan M.B.B.S., Calcutta. Das Geschäft besteht aus einem mittelgroßen Raum. Im Hintergrund befindet sich ein Tisch mit verschiedenen Flaschen und Fläschchen. An diesem Tisch sitzt der Medikus. Kommt ein Kranker, so wird er nach seinen Beschwerden gefragt, manchmal auch kurz auskultiert, dann erhält er eine Mixtur, eine Salbe oder ein Originalpräparat, manchmal auch eine Injektion oder ein Pflaster mit der Versicherung: Das wird sicher helfen! Injektionen zu machen ist sehr beliebt, damit verdient der Arzt mehr, und auch der Patient ist zufriedener. Natürlich gibt es auch Ärzte, die ihren Beruf sehr ernst nehmen, aber diese sind noch in der Minderzahl.

Als Erklärung wird manchmal gesagt: Indien hat 400 Millionen Einwohner, und da macht es nichts aus, wenn einmal an einem Tag 100 000 sterben.

Welches sind nun die Gründe für diese Zustände? 1. Die Ärzte sind, wie erwähnt, nicht genügend ausgebildet und wenig interessiert an einer Fortbildung. 2. Die Ärzte sind hier große Geschäftsleute; alle wollen viel verdienen, aber wenig ausgeben. 3. Die primitiven Zustände, die noch im Lande herrschen. Auch die besser ausgebildeten Leute wollen oder können nicht besser denken und handeln als ihre Vorfahren. Das geht sogar so weit, daß selbst Leute, die mehrere Jahre in Europa zugebracht haben, nach ihrer Rückkehr zu den alten Methoden zurückkehren, als ob sie nichts Neues gesehen und gelernt hätten. 4. Man ist gegen die Patienten gleichgültig. Hieran sind die Kranken zum Teil selbst schuld. So kommt zum Beispiel ein Mann zum Arzt und verlangt eine Arznei. Auf die Frage wofür, antwortet er, seine Frau sei krank. Fragt man weiter, was sie hat, erhält man zur Antwort: „Ich weiß es nicht. Sie ist krank. Ich brauche eine Arznei!“ Wenn man nun dem Mann klarzumachen versucht, daß man nicht helfen kann, wenn man nichts Näheres weiß, dann spricht der Mann mit dem Arzt nichts mehr und geht zu einem anderen, und der Arzt hat den Patienten verloren. Aus diesen Gründen ziehen die Ärzte es vor, irgendeine Medizin zu verschreiben, und das Geld dafür einzustreichen. Damit gibt sich dann auch der Ehemann zufrieden. Ob die gegebene Arznei dem Kranken helfen wird, ist eine offene Frage.

Man darf nicht vergessen, daß hier die Frauen noch verschleiert gehen müssen und keine Gesellschaft besuchen dürfen, zu der auch andere Männer kommen. Frauen gehen auch nicht zu männlichen Ärzten, und es gibt noch sehr wenig Ärztinnen. Manchmal läßt der Mann die Frau eher sterben, als daß er einen männlichen Arzt ruft.

Der Arzt ist hier auch gleichzeitig Apotheker. Die Gründe hierfür sind: 1. Es gibt hier kaum gelernte Apotheker, d. h. approbierte Apotheker. Es gibt zwar viele „chemists“, doch von Chemie und Rezeptur haben sie kaum eine Ahnung, und was sie dann alles zusammenbrauen, ist sehr fragwürdig. 2. Wenn der Arzt sich eine eigene Apotheke hält, verdient er natürlich besser. 3. Der Dritte Grund ist wieder ein psychologischer. Schreibt der Arzt dem Patienten ein Rezept auf, so geschieht leicht folgendes: Anstatt damit zur Apotheke zu gehen, läuft der Patient damit zum nächsten Arzt und sagt: „Ich habe die und die Krankheit, und diese Arznei hat er mir aufgeschrieben. Ist das gut und richtig für mich?“ „Nun hängt alles vom zweiten Arzt ab. Der kann natürlich sagen: „Ja, die Medizin ist gut!“ Er kann aber auch sagen: „Um Gottes willen, das ist ja grundfalsch. Gut, daß Sie zu mir gekommen sind!“ Er gibt dem Patienten ein anderes Rezept oder eine Arznei, steckt hierfür das Geld ein und der Patient läuft in voller Verzweiflung zu einem dritten Arzt. Dort beginnt das gleiche Spiel. Er bekommt ein drittes Rezept und geht nun zum Apotheker bzw. zum „chemist“. Der wird nun auch noch einmal gefragt, ob die Medikamente gut sind. Er gibt ihm unter Umständen alles, was die drei Ärzte aufgeschrieben haben, und der Patient nimmt dann alle drei Medizinen auf einmal ein und hält sich für besonders klug. Natürlich sind es gerade die Wohlhabenderen, die es sich leisten können, mehrere Ärzte aufzusuchen und mehrere Medizinen zu kaufen und zu erhandeln. Um diese Schwierigkeiten zu verhüten und auch um unnötige und manchmal auch böswillige Kritik anderer Ärzte zu verhüten, geben die meisten Ärzte gleich ihre eigenen Medikamente.

Es ließe sich noch viel über diese Sonderheiten sagen, doch würde das zu weit führen. Hier möchte ich noch einige Punkte, die für

deutsche Ärzte wichtig sind, erwähnen. Deutschland, deutsche Ärzte und deutsche Medikamente haben in Pakistan einen sehr guten Ruf. Einige deutsche Ärzte, die hier waren, haben Gutes geleistet und Ruhm erworben. Es gibt sogar eine Omnibushaltestelle in Lahore „German Doctor“, und der Arzt, der hier praktizierte, ist sehr berühmt geworden.

In bezug auf die Aussichten deutscher Ärzte in Pakistan ist folgendes zu sagen: Hört ein ganz fremder Mann auf der Straße oder im Geschäft, daß er einen Deutschen vor sich hat, so sagt er freundschaftlich und erfreut: „Oh, wir freuen uns sehr, daß Sie in unser Land gekommen sind. Hier fehlen sehr viele Ärzte, und die deutschen Ärzte sind ja sehr gut.“ Das gleiche hört man auch von höheren Staatsbeamten. Tatsächlich fehlen Hunderte, ja Tausende deutscher Ärzte, besonders Spezialisten und Lehrkräfte. Nur die Bezahlung ist noch ein sehr wunder Punkt. Ärzte in Staatsstellung werden sehr schlecht bezahlt. Kollegen, die hierher kommen, sollten sich auf mehrfache Weise sichern.

Zu fordern sind auf alle Fälle: 1. Gehalt nicht unter 1000 Rupien pro Monat und dazu noch freie Wohnung und Kost. Spezialisten und Lehrkräfte müssen entsprechend höhere Forderungen stellen. 2. Im Anstellungsvertrag muß vermerkt werden, daß freie Rückreise auf Staatskosten garantiert wird, falls die Bedingungen nicht erfüllt werden.

FRAGEN AUS DER PRAXIS

Frage: 1. In letzter Zeit wird die Ogino-Knaussche Regel bzw. deren Modifikationen wieder häufiger propagiert, besonders in populären Schriften. Was ist zu der Haltbarkeit dieser Theorie zu sagen, nachdem der violente Follikelsprung beim Menschen mit großer Wahrscheinlichkeit feststeht?

2. Wie ist es zu erklären, daß im Interesse einer Geburtenregelung, deren Notwendigkeit heute nicht bestritten zu werden pflegt, die Anwendung der Methode der periodischen Enthaltung an den Tagen des Konzeptions-Optimums (Ogino-Knaus) von vielen Ärzten den Ehepaaren entweder überhaupt nicht empfohlen wird oder nur mit die Brauchbarkeit stark einschränkenden Bemerkungen?

Es scheint zwar erwiesen, daß die Methode O.-K. zwar keine 100%ige, aber doch eine recht große Sicherheit bietet. Sie unterscheidet sich in diesem Punkte also nicht von anderen antikonzeptionellen Maßnahmen, welche ja auch keine absolute Sicherheit gewähren. Was sie aber doch hoch über andere Methoden erhebt, ist das völlige Fehlen gesundheitlicher Schädigungen und ihre Erlaubtheit ethischen Forderungen gegenüber.

Warum also die große Zurückhaltung weiter ärztlicher Kreise in der Empfehlung dieser Methode?

Antwort: Unter dem Eindruck der Forschungsergebnisse der letzten Jahrzehnte über die hormonale Regulation der Sexualfunktion ist die Frage des nervösen Anteils dieser Vorgänge zunächst in den Hintergrund getreten. Die allerdings von anderer Seite in vollem Umfange noch nicht bestätigte Beobachtung von H. Goecke und I. Beaufay, daß zwischen den Granulosezellen und in den Gelbkörpern ein ausgedehntes Netz von Nervenfasern nachweisbar ist, spricht ebenso wie die Feststellung von Koppén über Nervenfasern in der Uteruswand und der Basalschicht des Endometriums für die Beteiligung des vegetativen Nervensystems an den germinativen Vorgängen. Auch die Untersuchungen von Bergmanns über eine sekretorische Tätigkeit im Tractus hypothalamo-hypophysäus machen es wahrscheinlich, daß die nach früherer Anschauung rein hormonal gesteuerten Sexualvorgänge einer nervösen Regulation unterliegen. Für die Annahme einer neurohormonalen Steuerung sprechen ferner experimentelle Untersuchungen an Tier und Menschen (c. f. A. Stadtmüller, Dtsch. med. Wschr. 1949: 714). Wenn auch der violente Follikelsprung bei der Frau, dessen Vorkommen von Knaus abgelehnt wird, noch nicht sicher nachgewiesen ist, und auch angenommen werden kann, daß das Sexualgeschehen beim Menschen im wesentlichen hormonal gesteuert wird, so ist doch nicht von der Hand zu weisen, daß es bei einer Kohabitation infolge der dabei auftretenden Hyperämie zu einem vorzeitigen Sprung eines Follikels kommen kann unter der Voraussetzung, daß der Follikel und die Eizelle fast herangereift sind. Auch die von Stieve beschriebenen parazyklischen Ovulationen sprechen für die Möglichkeit eines Schwangerschaftsbeginns zu jeder Zeit des Zyklus.

So ist es verständlich, daß die Lehre von Knaus über die periodische Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit der Frau nicht allgemein Anerkennung gefunden hat. Stieve fand auch bei regelmäßigem 28-tägigem Zyklus Fälle, bei denen im Gegensatz zur Ansicht von Knaus, der die Ovulation auf etwa den 15. Tag vor der zu erwartenden Periode festlegt, daß das Ei zuweilen am 5.—6. Tage, zuweilen am 23.—26. Tage freigegeben wird. Auch nach Martius und Paschen besteht keine physiologisch unfruchtbare Zeit, auf die praktisch ein sicherer Verlaß ist. Auf Grund ihrer Untersuchungen an 732 vergewaltigten Frauen kommen Schrank und Koch ebenfalls zu dem Schluß, daß unter diesen besonderen Umständen eine Konzeption zu jeder Zeit des Zyklus möglich ist.

Auf Grund der morphologischen und experimentellen Untersuchungen und der klinischen Beobachtungen ist es gerechtfertigt, die Knaussche Lehre über die periodische Fruchtbarkeit der Frau in den Fällen, in denen es sich um Beratung wegen Kinderlosigkeit handelt, zur Ausnutzung des Konzeptionsoptimums zu empfehlen.

Es ist nun die Frage, inwieweit sich die Knaussche Theorie über die periodische Unfruchtbarkeit der Frau zu einer Geburtenregelung (Frage 2) heranziehen läßt. Selbst wenn die oben angeführten klinischen Beobachtungen und die Möglichkeit einer Konzeption infolge von parazyklischen Ovulationen oder eines Follikelsprunges durch eine Kongestionshyperämie nicht anerkannt werden sollten, bleibt zu bedenken, daß nur wenige Frauen so regelmäßig menstruierten, um die Zeit einer periodischen Unfruchtbarkeit zuverlässig errechnen zu können. Wegen der mehr oder weniger Schwangerschaft die Zeitspanne der sexuellen Karez zu groß angesetzt werden, daß sie häufig nicht zuverlässig eingehalten wird. Versager, die dann der Knaus-Oginoschen Theorie zur Last gelegt werden, sind nicht zu vermeiden, und sie werden häufiger als bei der Benützung anderer antikonzepzioneller Mittel auftreten. Es bleibt abzuwarten, ob man mit Hilfe der Beobachtung über das Ansteigen der Basaltemperatur zur Zeit des Follikelsprunges die Zeit der sexuellen Karez in der 2. Hälfte des Zyklus verkürzen kann; denn mit dieser Methode kann der Follikelsprung ziemlich genau festgelegt werden, und es braucht bei der beschränkten Lebensfähigkeit des Eies 2—3 Tage nach dem Anstieg der Basaltemperatur mit einer Konzeption nicht mehr gerechnet zu werden. Wir glauben, daß die Regel über die periodische Unfruchtbarkeit durch die Unregelmäßigkeit der Periode und durch die Möglichkeit provozierte oder parazyklischer Ovulationen noch zu unsicher ist, als daß sie für die Praxis zur Verhütung einer Schwangerschaft aus medizinischer Indikation empfohlen werden könnte. Handelt es sich aber um eine Geburtenregelung aus anderen Gründen, so bringt ein Versager der Knausschen Theorie über die periodische Unfruchtbarkeit keine Gefährdung der Mutter mit sich, so daß ein Versager in Kauf genommen und die Regel in der Praxis angewendet werden kann.

v. Massenbach, Göttingen, Univ.-Frauenklinik

Frage: Wenn eine Frau im zweiten bis dritten Schwangerschaftsmonat an Röteln erkrankt, so ist mit fast absoluter Sicherheit zu erwarten, daß beim Kind schwere Schäden auftreten (Katarakt, Herzfehler, Taubheit usw.). Kann die Schwangerschaft in einem solchen Fall von Röteln unterbrochen werden a) nach der deutschen Gesetzgebung, b) nach der Gesetzgebung des Auslandes?

Antwort: Die Meinungen betreffend der Sicherheit, mit der kindliche Schäden nach Rötelerkrankung der Mutter im 1. Schwangerschaftsdrittel zu erwarten sind, sind bisher noch sehr verschieden: In Australien werden nach Erkrankung in mens. I—II 90%, in USA nur 27%, in England sogar nur 10% Schädigungen angegeben. Die vorhandenen statistischen Unterlagen reichen vorläufig zu einer Beurteilung dieser Frage noch keineswegs aus und sind auch mit ganz verschiedener Methodik gewonnen worden, woraus allein sich vielleicht die gegensätzlichen Angaben erklären. Bei diesem Stand unseres Wissens muß die Schwangerschaftsunterbrechung nach Rötelerkrankung einer Gravida mens. I—III, die natürlich auch in der Literatur schon verschiedentlich erörtert wurde, bislang vom Gesetzgeber abgelehnt werden, und wird es auch sowohl in Deutschland wie in allen anderen Ländern, soweit mir darüber Meinungsäußerungen bekannt geworden sind. Zu empfehlen ist jedoch im Falle der frischen Rötelerkrankung einer Gravida sofortige Gabe von Rekonvaleszenzserum, was sich als Vorbeugung gegen kindliche Schäden bewährt haben soll.

F. O. Höring, Worms a. Rh.

Frage: Welche Erfahrungen sind bisher mit der Behandlung der akuten generalisierten Psoriasis durch Vitamin-D- (Vigantol-) Stöße gemacht worden? Wie steht man heute zur Frage der diätetischen Behandlung dieser Erkrankung?

Antwort: Die von Krafka im Jahre 1936 angeregte Vitamin-D-Behandlung der Psoriasis vulgaris ist in der Folgezeit zwar unterschiedlich, überwiegend aber doch ablehnend beurteilt worden. Über das einschlägige Schrifttum berichtet, auch unter Zugrundelegung der eigenen Erfahrungen an etwa 100 derartig behandelten Kranken, neuerdings zusammenfassend Spier, der bei seinem eigenen Krankengut bei einer angewandten Vitamin-D₂-Gesamtdosis von 300 mg in 20% der Fälle eine recht gute Besserung, niemals aber „völlige Erscheinungsfreiheit“ feststellen konnte, was sich mit der Erfahrung des Ref. an 20 Fällen etwa deckt. Am ehesten scheinen noch auf diese Behandlung frische, ausgebreitete Erscheinungsbilder der Psoriasis anzusprechen, nach Blut insbesondere auch Kinder, bei denen aber die Eingabe von massiven Vitamin-D₂-Dosen erfahrungsgemäß mit besonderer Zurückhaltung erfolgen sollte. Charpy, der dieses Indikationsgebiet ursprünglich völlig ablehnte, erkennt in einer späteren Mitteilung der D₂-Intensivtherapie bei der Schuppenflechte eine günstige, im ganzen aber doch unzulängliche Wirkung zu. Im Hinblick aber auf die Tatsache, daß die übliche Vitamin-D₂-Stoßtherapie doch einen im ganzen nicht indifferenten Eingriff in den Gesamtorganismus des Kranken bedeutet, der bei einer tuberkulösen Erkrankung sicherlich gerechtfertigt erscheinen mag, ist die fortgesetzte Anwendung von hochdosiertem Vigantol bei einem Leiden wie der Schuppenflechte wohl kaum vertretbar. In diesem Zusammenhang ist fernerhin bemerkenswert, daß die Vitamin-D₂-Behandlung der Psoriasis vulgaris bereits 1939 vom Council of Pharmacy and Chemistry of Amer. med. Assoc. verworfen wurde, ein Urteil, das sich übrigens auch im Jahre 1948 in einem zusammenfassenden redaktionellen Artikel des Brit. Med. Journal wiederfindet. Auch bezüglich einer einwandfreien Beeinflussungsmöglichkeit der Schuppenflechte durch interne Maßnahmen kann eine wirklich schlüssige Aussage nicht getroffen werden, was auch z. B. aus der neueren diesbezüglichen statistischen Bearbeitung des Krankengutes der Basler Klinik von 1917 bis 1947 durch Rechter zu ersehen ist. Trotzdem kommt bisweilen den Allgemeinmaßnahmen bei diesem Leiden ein gewisser Wert im Sinne einer Umstimmungstherapie zu. Nachdem die von Grütz inaugurierte Fettbeschränkung in der Kost des Psoriaticus in dem Massenexperiment des zweiten Weltkrieges anscheinend wenig Bestätigung fand (vgl. die Übersicht bei Stümpke), wird in zunehmendem Maße neuerdings mehr einer diätetischen Beeinflussung der bei Trägern von Schuppenflechte angeblich häufig vorhandenen Hypoadrenie, auf die zuerst wohl Hauck hingewiesen hat, das Wort geredet und infolgedessen eine kaliumfreie Diät und ergänzend Vitamin-C- und Nebennierenextrakt-Verabreichung empfohlen (Incedayi-Ottenstein, Rost). Dementsprechend sollte dann aber auch auf eine reichliche Kochsalzzufuhr (Capelli) Wert gelegt werden.

G. W. Korting, Tübingen, Univ.-Hautklinik

Frage: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es bei einer Neurodermitis? Es handelt sich um eine junge Dame, die vor etwa 10 Jahren erstmalig einen stärkeren Schub hatte. Dauer damals etwa 1 Jahr. Seit etwa 1 1/2 Jahren ist ein erneuter Schub im Gange. Bisherige Therapie mit Zinkschüttelmixtur, Antistinsalbe und -tablets, Nikotinsäureamid, Tumenol und Prurutil erfolglos.

Antwort: Man unterscheidet zwischen einer Neurodermitis circumscripta — besser Lichen simplex chronicus Vidal = Prurigo simplex circumscripta chronica — und einer Neurodermitis generalisata, wofür man richtiger die Bezeichnung endogenes Ekzem (=spätexsudatives Ekzematoïd Rost=Prurigo diathésique Besnier=Asthma-Prurigo = Ekzematoïde) gebraucht. Beim Lichen simplex chronicus handelt es sich um mit Vorliebe am hinteren Teil des Halses, an den Oberschenkeln, in der Perigenital- oder Perianalregion lokalisierte einzelne etwa bis handgroße ovale Krankheitsherde, die durch die mehr oder weniger vollständige Ausbildung dreier deutlich voneinander geschiedener Zonen gekennzeichnet sind: Peripher bräunliche Pigmentierung, intermediär halbkguglig sich vorwölbende hautfarbene glänzende Papeln, zentral hochgradige Lichenifikation. Die Dermatoïse ist zumeist mit Störungen seitens des Magen-Darm-Kanals (Leber! Bauchspeicheldrüse!) kombiniert, bzw. kann als deren Folgeerscheinung aufgefaßt werden. Aus diesem Grunde sollte neben einer Lokalbehandlung (reiner Steinkohlenteer und Talkum im Wechsel mit Salizyl-Diachylon-Salbe) stets eine entsprechende innerliche Therapie durchgeführt werden. Während hiernach der Lichen simplex chronicus den Ausdruck einer „intestinalen Autointoxikation“ darstellt, beruht das