

# Therapeutische Erfahrungen mit der Methode der klassischen Homöopathie bei hämorrhagischen Erkrankungen am Beispiel der Autoimmunthrombopenie (Idiopathische thrombozytopenische Purpura, Morbus maculosus Werlhof)<sup>1,2</sup>

Von Christoph Thomas und Dario Spinedi



## Zusammenfassung

Drei klinische Langzeitverläufe von Fällen mit akuter bzw. chronischer Autoimmunthrombopenie (Idiopathische thrombozytopenische Purpura, Morbus maculosus Werlhof) werden geschildert. Nachdem in den betreffenden Krankheitsfällen die konventionelle schulmedizinische Therapie keinen dauerhaften Erfolg zeigte, wurde eine Behandlung nach der Methode der klassischen Homöopathie durchgeführt. Im *intraindividuellen Vergleich* zwischen vorangehender allopathischer und nachfolgender klassisch-homöopathischer Behandlung lässt sich eine therapeutische Überlegenheit der homöopathischen Methode belegen – zumindest im Bezug auf die hier dokumentierten Fälle. Unter dieser Behandlung kam es in allen 3 Fällen zur kompletten Heilung, was durch eine jahrelange Beobachtung bzw. Nachbeobachtung (4 bzw. 7 bzw. 12 Jahre) gesichert werden konnte.

## Summary

Three cases of acute or chronic immune thrombocytopenic purpura (ITP, Werlhof's disease) are described. After unsatisfactory orthodox allopathic treatment, classical homoeopathic therapy was applied. These cases had been treated previously with cortisone or intravenous immunoglobulin (i.v. IgG) and therefore allowed *intra-individual comparison*. In these cases, classical homoeopathic treatment was shown to be more effective. Between 4 and 12 years of observation confirmed complete recovery in these three cases.

## Schlüsselwörter

Autoimmunthrombopenie, essentielle Thrombozytopenie, Morbus Werlhof, hämorrhagische Erkrankung, intraindividuellem Therapievergleich, symptomatische versus kurative Therapie, therapeutische Effizienz der klassischen Homöopathie

## Keywords

Immune thrombocytopenic purpura, essential thrombocytopenia, Werlhof's disease, hemorrhagic disease, intra-individual comparison of therapies, symptomatic versus curative treatment, therapeutic efficiency of classical homoeopathy

Um die Effektivität einer klassisch-homöopathischen Behandlung bei Erkrankungen mit hämorrhagischer Diathese aufzuzeigen, werden die Verläufe dreier Fälle mit Autoimmunthrombopenie (Idiopathische thrombozytopenische Purpura) geschildert. Unter den Erkrankungen mit hämorrhagischer Diathese finden sich häufig die essentielle, die parainfektiose und die allergische Form der Thrombozytopenie, die letztere bei bekanntem Allergen. Auch ein Auftreten nach Impfungen ist beschrieben. Die essentielle Form wird folgendermaßen definiert<sup>3</sup>:

*„Bei der essentiellen Thrombocytopenie entwickelt sich die Verminderung der Plättchen ohne nachweisbare Ursache. Der Verlauf kann akut, chronisch oder intermittierend sein. Die Thrombocytopenie führt zu spontanen oder traumatisch ausgelösten Blutungen. (...) Der Abbau der Plättchen in der Peripherie ist so stark beschleunigt, daß die Megakaryozyten des Knochenmarks den Verlust nicht mehr kompensatorisch ausgleichen können. (...) In den letzten 15 Jahren konnte wahrscheinlich gemacht werden, daß die Bildung von Autoantikörpern gegen die eigenen Thrombocyten der wesentliche Faktor in der Pathogenese der essentiellen Thrombocytopenie ist.“*

## Fall 1<sup>4</sup>

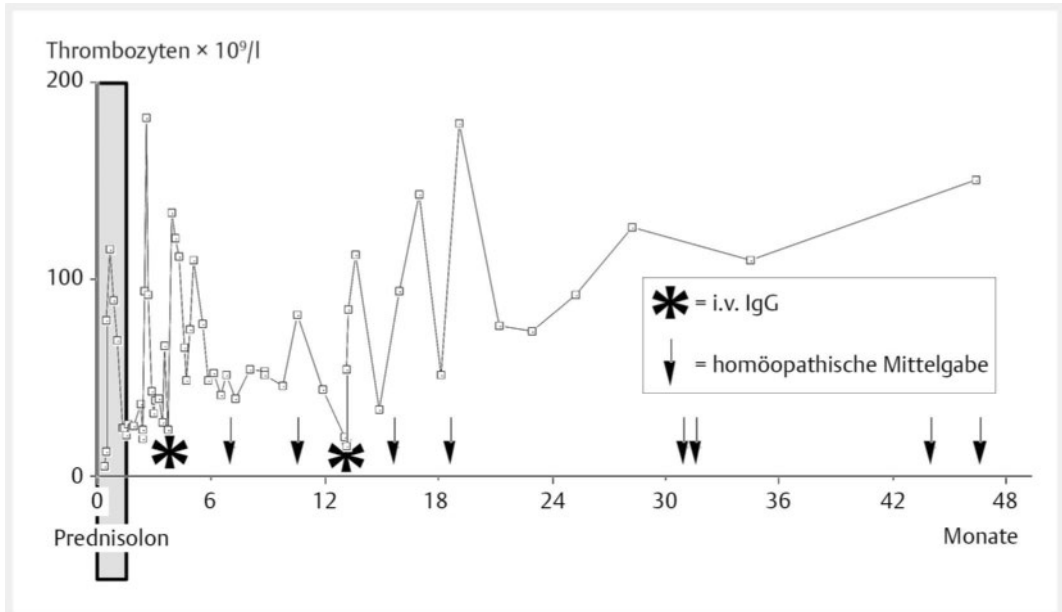
Bei einem 7-jährigen Jungen, dessen Onkel mütterlicherseits im Lebensalter von 5 Jahren bei einer Mandeloperation verblutet ist, treten einen Monat nach einem fieberhaften Infekt und 3 Wochen nach einer rechtsseitigen Parotitis epidemica im Dezember 1980 Ekchymosen und Petechien am gesamten Integument und an der Mundschleimhaut auf. Eine ausgeprägte Thrombozytopenie von nur 500 Thrombozyten/ $\mu$ l, eine massive Vermehrung von teilweise atypischen Megakaryozyten und fehlende Thrombozyten im Knochenmark sowie erhöhte Titer der Antithrombozyten-Antikörper<sup>5</sup>, sichern die Diagnose einer idiopathischen Thrombozytopenie, eines Morbus Werlhof.

Trotz einer Maximaldosis Prednisolon<sup>6</sup> kommt es nach einem anfänglichen steilen Anstieg<sup>7</sup> bereits ab 10. Behandlungstag wieder zu einem sukzessiven Abfall der Thrombozyten. Zwei Wochen nach Beendigung der Prednisolongabe treten im Februar 1981 erneut Ekchymosen auf; die Thrombozyten sind auf 15 000 gefallen<sup>8</sup>. Eine anschließende Spontanremission im Rahmen eines hochfieberhaften Infekts mit Erbrechen ist nur von wenigen Tagen Dauer. Nachdem das Kind im Rahmen eines Cortison-induzierten Morbus Cushing von 23 auf 27 kg zugenommen hat, wird die Therapie umgestellt und beim nächsten Absinken der Thrombozyten 5 Tage lang Immunglobulin<sup>9</sup> hochdosiert intravenös verabreicht. Dieser Immunglobulinstoß hat ebenfalls nur einen vorübergehenden Effekt, und nach 6 Monaten stellt sich die bisherige Therapie als relativ erfolglos dar: Immer wieder

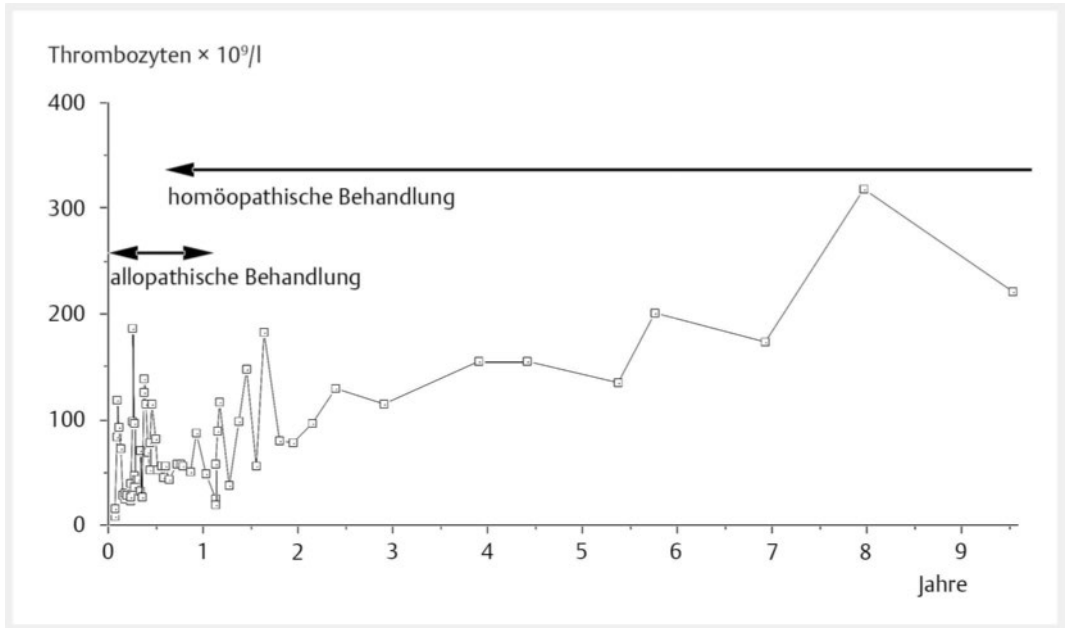
kommt es zu Nasenbluten und Ekchymosen; die Thrombozyten liegen noch immer nur um 40 000. Ohne feststellbaren organischen Befund leidet das Kind seit Monaten unter starken Rückenschmerzen mit hochgradig klopfschmerzhafter Wirbelsäule.

Auf die erste homöopathische Mittelgabe im Juli 1981 sind 2 Minuten später die Rückenschmerzen vollständig verschwunden und tauchen auch in der Folgezeit nie wieder auf. Nach einem leichten initialen Abfall der Thrombozyten am 10. Tag liegt der Wert am 30. Tag etwas höher<sup>10</sup>. Subjektiv geht es dem Patienten sehr gut. Die Blutungsneigung hat vollständig aufgehört; auch im weiteren Verlauf kommt es nie wieder zu Hautblutungen. Über längere Zeit leidet der Junge unter Angstträumen von wilden Tieren, welche jedesmal nach Verabreichung seines homöopathischen Medikaments verschwinden. Wenn diese Angstträume nach einer Zeitspanne von zu meist mehreren Monaten wieder auftauchen, wird dies als Zeichen gewertet, dass die Wirkung des zuletzt verabreichten Mittels nachlässt, und wird jeweils wieder eine neue Dosis seines Medikaments verabreicht.

Die Thrombozyten bleiben mit Werten zwischen 40 000 und 78 000 zunächst relativ konstant. Bei einem einmaligen Abfall auf 11 000 Thrombozyten im Januar 1982 verabreicht die Klinik nochmals einen Immunglobulinstoß<sup>11</sup>. Ab Verabreichung der Potenz C<sub>100000</sub> kommt es zu einer sehr deutlichen Stimulation der peripheren Thrombozyten durch die homöopathische Arznei: Nach der ersten Dosis C<sub>100000</sub> steigen sie von 30000 auf 139000, nach der zweiten Dosis von 47 000 auf 175 000<sup>12</sup> an und



**Abb. 1a** Fall 1, Idiopathische Thrombozytopenie, männl. Patient, geb. 1973. Behandlungsbeginn allopathisch: 18.12.1980, homöopathisch: 7.7.1981. – Detail aus ●● **Abb. 1b**.



**Abb. 1b** Fall 1, Idiopathische Thrombozytopenie, männl. Patient, geb. 1973. Behandlungsbeginn allopathisch: 18.12.1980, homöopathisch: 7.7.1981. Diese Abbildung enthält – wie ●● Abb. 1a – den Verlauf der ersten 4 Jahre und zeigt zusätzlich die nachfolgende Entwicklung.

sinken nach dem Januar 1983 nie wieder unter 100 000. Bei Kontrolluntersuchungen sind weder die ursprüngliche Anisozytose und Mikrozytose noch nennenswert Antikörper gegen Thrombozyten mehr nachweisbar<sup>13</sup>; der Befund – so heißt es – sei „vereinbar mit einer Thrombozytopenie in Remission“. An der Kinderklinik, welche das Schicksal der Kinder mit Morbus Werlhof in der gesamten Schweiz im Rahmen einer multizentrisch angelegten prospektiven Studie<sup>14,15</sup> mitverfolgt, ist der Chefarzt, der von der Tatsache der homöopathischen Behandlung nichts weiß, ganz erstaunt, wie gut es dem Jungen geht, und sagt zu den Eltern: „Endlich einmal einer, der geheilt ist!“ 1993, 12 Jahre nach Beginn der homöopathischen Therapie, geht es dem Patienten gut; eine Hämorrhagie ist nie wieder aufgetreten.

### Phasen des Krankheitsverlaufs

Die Analyse der Thrombozytenkurve gestattet es, bezüglich des therapeutischen Effekts 3 Phasen des Krankheitsverlaufs zu unterscheiden:

#### 1. Phase der rein allopathischen Behandlung

Nach Verabreichung sowohl von Cortison als auch von intravenös verabreichtem Immunglobulin G prompter Anstieg der peripheren Thrombozyten; aber rascher Abfall der Werte, sobald die jeweilige Mittelgabe beendet ist.

#### 2. Phase der Kombination von allopathischer und homöopathischer Behandlung

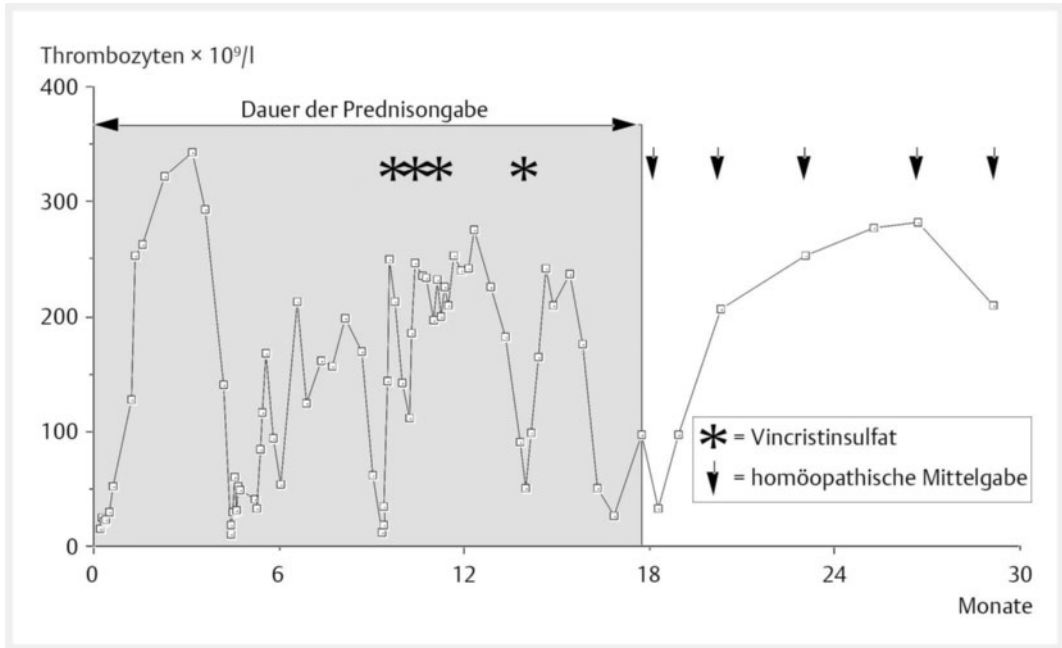
Neben einem sofortigen klinischen Erfolg Stabilisierung der Thrombozytenwerte auf niedrigem Niveau – mit Ausnahme eines einmaligen starken Abfalls.

#### 3. Phase der ausschließlich homöopathischen Behandlung, nämlich ab Verabreichung der Potenz C<sub>100.000</sub>

Deutlicher Anstieg der Werte mit Übergang in die endgültige Heilung. Die Thrombozytenkurve über eine Zeitdauer von insgesamt mehr als 9 Jahren zeigt, wie sich erst unter homöopathischer Behandlung eine echte Heilung vollzieht.

### Fall 2<sup>16</sup>

Drei Wochen nach einer fieberhaften Pharyngitis, behandelt mit Amoxycillin, treten im Dezember 1984 bei einer 26-jährigen Patientin Petechien und Ekchymosen besonders an den unteren Extremitäten, Blutungen im Bereich der Mundschleimhaut, eine Makrohämaturie und eine Hypermenorrhoe auf. Eine Thrombozytopenie von 8000 Thrombozyten/ $\mu$ l, eine aktive und vorzeitige Thrombozytopoese im Knochenmark sowie eine hochgradige Immunglobulin-Erhöhung an der Oberfläche der patienteneigenen Thrombozyten<sup>17</sup> sichern die Diagnose einer Autoimmunthrombopenie, eines Morbus Werlhof. Da die Patientin in ihrem Beruf als Restauratorin beim Arbeiten mit Terpentinöl über längere Zeit dessen Dämpfe einge-



**Abb.2a** Fall 2, Idiopathische Thrombozytopenie, weibl. Patientin, geb. 1958. Behandlungsbeginn allopathisch: 15.12.1984, homöopathisch: 7.6.1986.

atmet hat und in der Toxikologie Schädigungen des Knochenmarks durch Kohlenwasserstoffe bis hin zur Leukämie bekannt sind, wird auch in diesem Fall ein kausaler Zusammenhang in Erwägung gezogen.

Therapeutisch spricht die Patientin auf Prednison, ein Dehydrocortison, gut an. Etwa 17 Monate lang erhält sie Deltacorten in einer Tagesdosis zwischen 4 und 75 mg sowie zusätzlich dreimal ein Thrombozyten-Konzentrat mit dem Zytostatikum Vincristin und einmal eine Vincristin-Infusion. Allerdings besteht die Krankheit unverändert fort, so dass eine nahezu kontinuierliche Medikation notwendig ist – mit der dauernden Gefahr von Cortison-Nebenwirkungen; nach einiger Zeit leidet die Patientin z.B. unter Magenstörungen. Nach jedem Versuch, das Dehydrocortison abzusetzen, fallen die Thrombozyten innerhalb von 10–14 Tagen auf sehr niedrige Werte von 4000 bzw. 5000. Und jedes Mal, wenn die Thrombozyten sinken, fühlt sich die Patientin sehr schwach. Im Mai 1986, nach 18 Monaten allopathischer Therapie, beträgt die Thrombozytenzahl z.B. nur 20000<sup>18</sup>. Um diese unbefriedigende Situation zu ändern, wird eine Splenektomie ins Auge gefasst und die vorbereitende Pneumovax-Impfung durchgeführt.

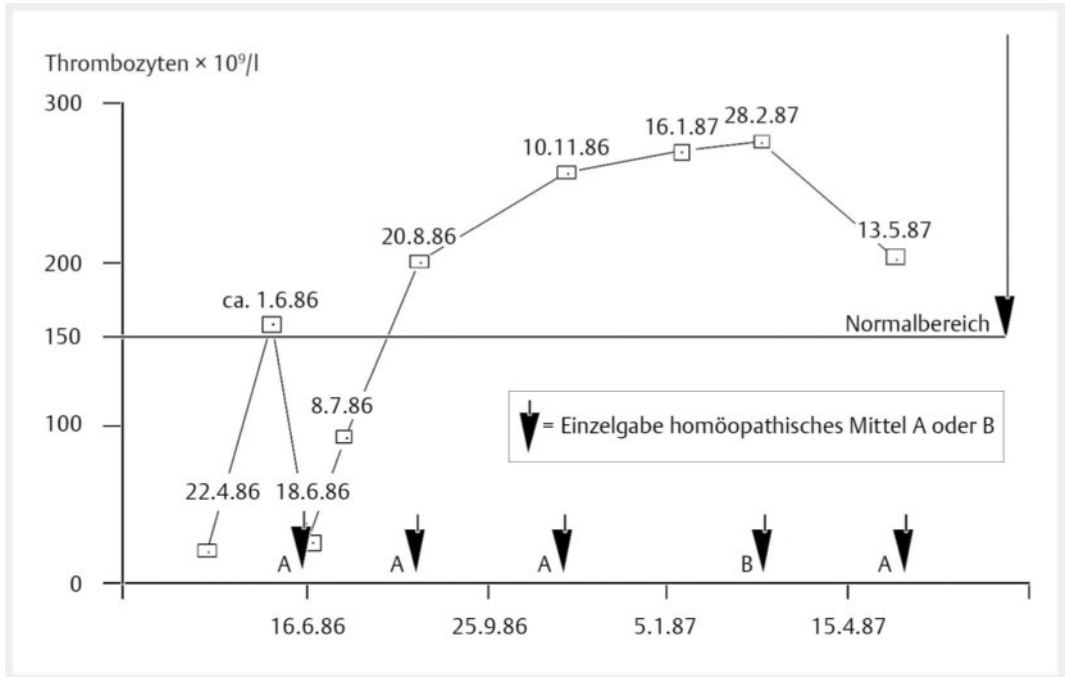
Die in dieser Situation begonnene klassisch-homöopathische Therapie führt rasch zum durchschlagenden Erfolg und zur Ausheilung der Erkrankung. Am 12. Tag nach Verabreichung des ersten homöopathischen Medikaments<sup>19</sup> sind die Thrombozyten im Rahmen einer ho-

möopathischen Erstverschlimmerung von zuvor<sup>20</sup> 90000 auf 26000 gefallen. Dennoch weist die Patientin keinerlei frische Haut- oder sonstige Blutungen auf, und am folgenden Tag sind sogar sämtliche Ekchymosen an der Haut und die Schleimhautläsionen im Mund verschwunden. Am 21. Tag sind die Thrombozyten wieder auf 90000 und am 60. Tag auf 200000 angestiegen.

Gleichzeitig sind bestehende dysmenorrhöische Beschwerden vorübergehend verschwunden. Deren Wiederauftreten nach 60 Tagen<sup>21</sup> wird als Zeichen einer nachlassenden Mittelwirkung interpretiert und zu dem betreffenden Zeitpunkt eine neue, also die zweite, Dosis verabreicht. Zweieinhalb Monate später sind die Thrombozyten weiter angestiegen und liegen nach einer dritten Gabe schließlich bei 270000, 7 Monate später immerhin noch bei 202000. Wegen wiederauftretender Dysmenorrhoe erfolgt zu diesem Zeitpunkt die übernächste und bis heutige letzte Mittelgabe. Seither ist keine Therapie mehr notwendig gewesen. 1993, 7 Jahre nach Beginn der homöopathischen Behandlung, geht es der Patientin unverändert gut; Zeichen einer Hämorrhagie sind nicht wieder aufgetreten<sup>22</sup>.

### Phasen des Krankheitsverlaufs

Die Analyse der Thrombozytenkurve zeigt einen deutlichen Unterschied zwischen der Phase der allopathischen und derjenigen der homöopathischen Behandlung. Während Vincristin ohne gleichzeitig appliziertes Thrombo-



**Abb.2b** Fall 2, Idiopathische Thrombozytopenie, weibl. Patientin, geb. 1958. Behandlungsbeginn homöopathisch: 7.6.1986. – Detail aus **Abb.2a** (hier nur die Phase der homöopathischen Behandlung).

zytenkonzentrat<sup>23</sup> die Thrombozyten stark absinken lässt, kommt es auf Cortison immer wieder zu einem raschen Anstieg der Werte.

- Trotzdem ist das Kurvenbild während der gesamten allopathischen Therapie in einem hohen Grade unruhig und zeigt immer wieder ein krisenhaftes Absinken der Thrombozyten.
- Dagegen kommt es in der Phase der homöopathischen Behandlung nicht nur zu einem Anstieg, sondern vor allem fast schlagartig zu einer Beruhigung des Kurvenbildes – klinisch und von den Werten her rasch eine echte Heilung der Erkrankung.

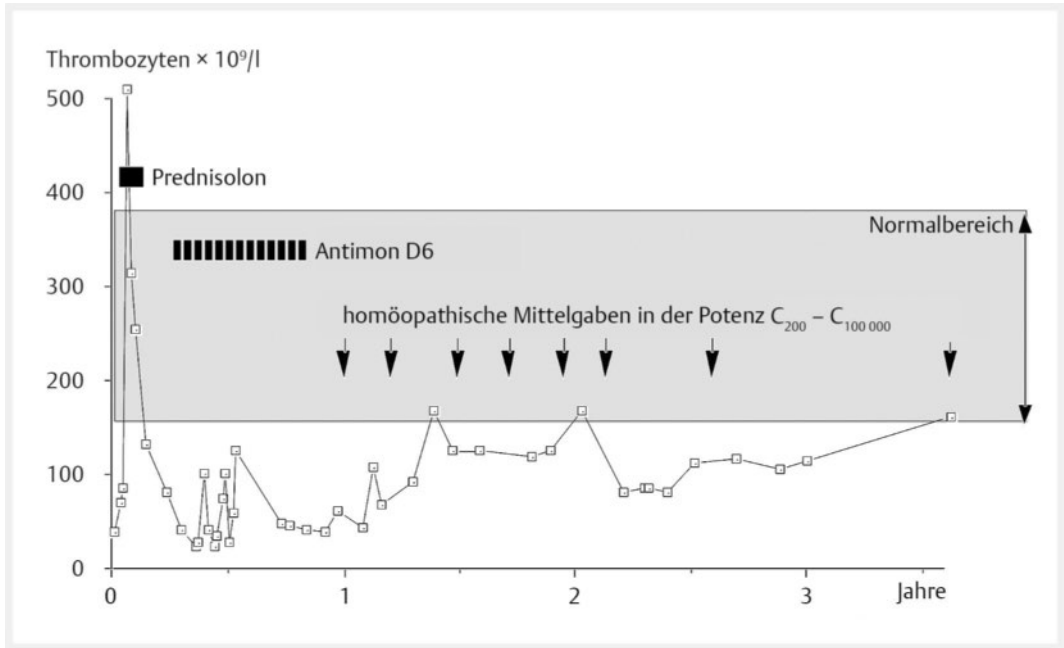
Bei genauerer Betrachtung der Thrombozytenkurve ist erkennbar, dass die Thrombozyten auf die ersten 3 Gaben homöopathischer Arznei einen Anstieg zeigen, auf die vierte Gabe aber etwas abfallen. Dahinter verbirgt sich die Tatsache, dass die ersten 3 Male ein- und dasselbe Medikament – nur in unterschiedlicher Potenzhöhe – verabreicht, bei der vierten Gabe jedoch auf ein neues Mittel gewechselt wurde. Nachdem sich dieses 2. Mittel klinisch und – wie ersichtlich – auch in seiner Wirkung auf die Thrombozyten nicht bewährt hatte, wurde bei der anschließenden fünften und letzten Applikation wieder auf das erste Medikament zurückgegriffen – mit zumindest klinisch eindeutigem Erfolg.

### Fall 3<sup>24</sup>

Es handelt sich um eine bei Erkrankungsbeginn 52-jährige Patientin, aus deren Krankheitsvorgeschichte rezidivierende Brustzysten und eine seit Jahren bestehende Anämie nennenswert sind<sup>25</sup>. Bereits als Kind habe sie wegen ihrer auffallenden Blässe Eisen einnehmen müssen; eine deutliche Anämie bestand jeweils nach Geburt ihrer Kinder<sup>26</sup>.

Im Juni 1989 bemerkt die Patientin spontan auftretende blaue Flecke an Armen, Beinen und Becken. Zu diesem Zeitpunkt betragen die Thrombozyten 24000 bzw. 56000<sup>27</sup>. Die Histologie der Beckenstanze ergibt eine deutliche Vermehrung der Megakaryocyten und ein Auftreten jugendlicher, unreifer Megakaryocyten und bestätigt damit die Diagnose einer Werlhof'schen Erkrankung<sup>28</sup>.

Unter Cortisongabe<sup>29</sup> steigen die Thrombozyten zunächst auf einen übernormalen Wert, um mit dem Ausschleichen des Cortisons rasch wieder abzufallen<sup>30</sup>. Unter einer 7 Monate lang durchgeführten anthroposophisch-organotropen Therapie mit metallischem *Antimon D6*<sup>31</sup> zeigen die Thrombozyten eine sehr uneinheitliche, stark schwankende Tendenz und liegen zwischen minimal 8000 und maximal 112000; die blauen Flecken sind zeitweise vorhanden, zeitweise verschwunden; gelegentlich kommt es zu länger anhaltendem Nasenbluten.



**Abb.3** Fall 3, Idiopathische Thrombozytopenie, weibl. Patientin, geb. 1937. Behandlungsbeginn allopathisch: 13.7.1989, anthroposophisch: 2.10.1989, homöopathisch: 20.6.1990. Die Thrombozytenwerte, die auf die zeitlich letzte homöopathische Mittelgabe folgen und welche den Übergang in die definitive Heilung zeigen, sind in dieser Abbildung nicht mehr erfasst.

Die klassisch-homöopathische Behandlung, begonnen im Juni 1990 und bis 1993 fortgeführt, verändert die Situation grundlegend: Blaue Flecke treten nach dem ersten Vierteljahr der Behandlung nur noch selten, d.h. höchstens alle paar Monate, und nur noch als einzelne und sehr kleine auf, kaum je über Linsengröße. Die Zahl der peripheren Thrombozyten pendelt sich erstmalig auf ein stabiles Niveau ein und bleibt mit Werten von 90 000 – 100 000 ein Jahr lang in fast identischer Höhe; im Januar 1993 liegen die Thrombozyten mit 147 000 zum dritten Mal seit Beginn der homöopathischen Behandlung im unteren Normbereich. Damit ist ein Zustand eingetreten, welcher bei der Werlhof'schen Erkrankung als „partielle Remission“ bezeichnet wird. Zu diesem Zeitpunkt nun wird das bis zum heutigen Tag letzte homöopathische Medikament verabreicht: Nach 4 Monaten liegen die Thrombozyten wieder etwas niedriger (128 000), aber nach 10 Monaten sind sie auf 172 000 und nach 13 Monaten auf 200 000 angestiegen. Im August 1994 – andert-halb Jahre nach dieser letzten Mittelgabe – liegen die Werte sogar bei 294 000<sup>32</sup>.

In der Behandlung dieser Patientin ist innerhalb von 3 Jahren achtmal ein- und dasselbe homöopathische Einzelmittel verabreicht worden – entsprechend der Kent'schen Hochpotenzskala jeweils zweimal in C<sub>200</sub>, in C<sub>1000</sub>, in C<sub>10000</sub> und in C<sub>100000</sub>. Eine neue Mittelgabe erfolgt jeweils in dem Moment, in dem sich die Thrombozyten-

werte wieder verschlechtern bzw. wieder einzelne blaue Flecke auftreten oder sich eine allergische Rhinitis, unter welcher die Patientin seit längerem gelitten hatte, erneut bemerkbar macht.

Mit der durchgreifenden Besserung der hämatologischen Situation sind auch alle sonstigen, leichteren Beschwerden der Patientin verschwunden: die chronische Rhinitis, Nachtschweiß, Hitzewallungen, eine Belastungsdyspnoe, Parodontose-Beschwerden und ein rechtsseitiger Handgelenksschmerz. Die Menses, die seit längerem nur noch jeden zweiten Monat auftraten, werden für über ein Jahr wieder regelmäßig, um dann – altersentsprechend in der Prämenopause – erneut unregelmäßig zu werden. Von interkurrenten Infekten bleibt die Patientin völlig verschont. Akute Zahnschmerzen, zahnärztlicherseits als Pulpitis diagnostiziert, vergehen auf homöopathische Mittelgabe jeweils prompt. Entsprechend der dritten Hering'schen Regel<sup>33</sup> taucht nach der vorletzten Mittelgabe im Januar 1992 ein rechtsseitiger Kniegelenksschmerz, welcher erstmalig unter dem Morbus Werlhof im Frühjahr 1990 aufgetreten war<sup>34</sup>, in relativ heftiger Form wieder auf und vergeht nach wenigen Tagen spurlos von selbst<sup>35</sup>.

Therapeutisch wichtig scheinen folgende Erfahrungen:

1. Auch in diesem Fall kommt es auf die erste homöopathische Mittelgabe hin zunächst zu einem initialen Ab-

- fall und erst nachfolgend zu einem Anstieg der peripheren Thrombozyten<sup>36</sup>.
2. Ein therapeutischer Durchbruch ließ sich erst mit sehr hohen Potenzen, erst unter der C<sub>100000</sub>, erzielen. Dies hatte sich bereits ebenso in Fall 1 gezeigt.
  3. Der therapeutische Effekt einer Hochpotenz von C<sub>100000</sub> war erst nach einer längeren Latenzzeit von deutlich mehr als 4 Monaten feststellbar und hielt mindestens 1,5 Jahre lang an.

### Phasen des Krankheitsverlaufs

Die Analyse der Thrombozytenkurve lässt die 3 Behandlungsphasen – allopathisch, anthroposophisch und homöopathisch – vom therapeutischen Effekt her deutlich voneinander abgrenzen:

#### 1. Phase der allopathischen Behandlung

Überschießende Reaktion auf Werte weit oberhalb des Normbereichs und anschließend ebenso rascher Abfall auf Verabreichung bzw. Beendigung von Cortison.

#### 2. Phase der anthroposophischen Behandlung

Uneinheitliches, stark schwankendes Kurvenbild und z.T. sehr niedrige Werte unter metallischem *Antimon* in Niedrerpotenz.

#### 3. Phase der klassisch-homöopathischen Behandlung

Rasche Erholung und Konsolidierung unter homöopathischer Therapie; es gibt ein stabiles Plateau; ein gefährliches Absinken der Werte tritt nicht mehr auf. Und schließlich kommt es nach der zweiten Dosis C<sub>100000</sub> – etwa 6–9 Monate nach Verabreichung dieses Medikaments – zur echten und dauerhaften Heilung der Erkrankung.

### Diskussion

Die klinischen Verläufe der hier dokumentierten 3 Fälle von Autoimmunthrombopenie sowie weitere in der zeitgenössischen homöopathischen Literatur beschriebene Fälle<sup>37</sup> legen es nahe, dass die klassische Homöopathie bei Erkrankungen mit hämorrhagischer Diathese eine therapeutische Alternative zur konventionellen Schulmedizin darstellt.

- In den hier dokumentierten Fällen zeigte sich überall eine positive Korrelation zwischen der Anzahl peripherer Thrombozyten und den zuvor applizierten Medikamenten – sowohl nach Cortison als auch nach intravenös verabreichtem Immunglobulin G als auch nach niedrig potenziertem metallischem *Antimon* als auch nach dem homöopathischen Simile bzw. Simillimum als einzeln in größeren zeitlichen Abständen verabreichter Hochpotenz.
- Der Unterschied in der Wirkung dieser Medikamente war jedoch regelmäßig der, dass das Kurvenbild der Thrombozyten sowohl unter allopathischer als auch unter anthroposophisch-organotroper Therapie au-

ßerordentlich unruhig blieb aufgrund fortgesetzt starker Schwankungen der Werte mit zeitweilig hochgradigem Abfall der Thrombozyten. Dagegen zeigte sich unter klassisch-homöopathischer Therapie eine Beruhigung des Kurvenbildes aufgrund einer durchgreifenden Konsolidierung der Werte.

- **Dieser manifeste, hier auch optisch sichtbar gemachte Unterschied im therapeutischen Effekt der verschiedenen Therapieformen ist nichts anderes als der Unterschied zwischen einer palliativen, d. h. rein symptomatischen Therapie und einer echten Heilung – palliativ auf Seiten der allopathischen und der anthroposophisch-organotropen, kurativ auf Seiten der klassisch-homöopathischen Behandlung.**

### Die verabreichten Arzneien

Abschließend seien für die homöopathischen Kollegen die homöopathischen Medikamente genannt, welche in den dargestellten Fällen zum therapeutischen Erfolg geführt haben: **Entsprechend den individuellen Symptomen des jeweiligen Patienten** waren es zweimal *Phosphor* und einmal *Crotalus horridus*<sup>38</sup>. Weitere (hier nicht dokumentierte) Fälle dieser Erkrankung aus unseren Praxen benötigten die Arzneien *Lachesis*, *Natrium muriaticum*, *Nuxvomica* und *Sulfur*, weitere in der zeitgenössischen Literatur beschriebene Fälle<sup>39</sup> *Lycopodium* und *Phosphor*.

Voraussetzung eines Erfolgs der homöopathischen Methode im Sinne nicht einer bloßen Palliation, sondern im Sinne echter Heilung ist es, dass alle insbesondere von Hahnemann und Kent gefundenen Gesetzmäßigkeiten und Regeln einer klassisch-homöopathischen Behandlung genau eingehalten werden. In den vorliegenden Fällen ist der therapeutische Erfolg nicht denkbar ohne die Ausbildung der Verfasser durch Dr. Künzli, der auch zur Behandlung der hier beschriebenen Fälle wertvolle therapeutische Hinweise gegeben hat.

### Danksagung

Die Anregung zu dieser Arbeit und vielfachen wertvollen Zuspruch verdanke ich meinem schulmedizinischen Lehrer, Mentor und väterlichen Freund, Herrn Prof. Dr. Herbert Begemann (1917–1994). Prof. Begemann, der „einzigartige Nestor der Hämatologie in Deutschland“ (Prof. Dr. Harald Theml), war übrigens der einzige schulmedizinische Kollege, der in all den Jahren der Züricher Supervision Dr. Künzlis und Dr. Spinedis zu Gast war. Trotz seines fortgeschrittenen Alters kam er im Januar 1993 eigen von seinem Wohnsitz im Schwarzwald nach Zürich gereist, um die Arbeit der Schüler Dr. Künzlis persönlich kennenzulernen und von da ab berichtsweise weiter zu verfolgen.

#### Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org//10.1055/a-0606-2470>



## •• Anmerkungen

1 Vortrag, gehalten auf dem 48. Kongreß der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Wien, am 24.–28. April 1993.

2 Für wertvolle technische Unterstützung bei der Erstellung der vorliegenden Diagramme danke ich meinem Computer-erfahrenen Freund, dem Urologen Dr. Christof Güdemann, Lörrach und Rheinfelden/Schweiz.

3 Plenert W, Rogner G: Thrombocytopenie und Thrombocytopathie. In: Handbuch der Kinderheilkunde, Bd. VI, Erkrankungen der Stützgewebe, Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe, Opitz H und Schmid F (Hrsg.); Berlin: Springer; 1967; 1145–1175; hier S. 1146.

4 Patient B. P., geb. 1973; behandelnder Arzt: Dr. Spinedi.

5 Jeweils leichtgradige Erhöhung von Antikörpern im Mikro-Komplementfixationstest, von Antikörpern vom IgM-Typ an der patienteneigenen Thrombozytenoberfläche, des Immunfluoreszenztests mit Testthrombozyten sowie der Immunkomplexe im Serum = Rajzelltest. Kommentar: „Die Befunde sprechen für eine immunologisch bedingte Thrombozytopenie“. Indirekter Immunfluoreszenztest ebenfalls schwach positiv.

6 Prednisolon 60 mg/m<sup>2</sup>/Tag während 21 Tagen, dann über 8 Tage ausschleichend.

7 Thrombozyten nach 2 Tagen: 8000, nach 4 Tagen: 75 000.

8 am 15.2.1981.

9 31.3. bis ca. 4.4.1981 i. v. -IgG, „Sandoglobin“ in einer Dosierung von 5x 10 g/Tag.

10 Thrombozyten am 17.7.1981: 35 000, am 10.8.1981: 50 000.

11 ca. 9.1. bis 13.1.1982 i. v. IgG, „Sandoglobin“ in einer Dosierung von 0,4 g/kg = 11,2 g/Tag.

12 Die erste Dosis C<sub>100000</sub> wurde am 28.3.1982, die zweite Dosis am 22.6.1982 verabreicht. Thrombozyten/µl: 30 000 am 4.3.1982, 139 000 am 7.5.1982, 47 000 am 11.6.1982 und 175 000 am 9.7.1982.

13 Im August 1986 ist lediglich noch die „IgG- und C3d-Beladung der autologen Thrombozyten geringgradig erhöht“.

14 Imbach P, Berchtold W, Hirt A, Mueller-Eckhardt C, Rossi E, Wagner HP, Gaedicke G, Joller P, Müller B, Barandun S: Intravenous Immunoglobulin versus oral Corticosteroids in Acute Immune Thrombocytopenic Purpura in Childhood. The Lancet 1985; 464–468.

15 Imholz B, Imbach P, Baumgartner C, Berchtold W, Gaedicke G, Gugler E, Hirt A, Hitzig W, Mueller-Eckhardt C, Wagner HP: Intravenous Immunoglobulin (i. v. IgG) for previously treated Acute or for Chronic Idi-

### Dr. med. Christoph Thomas

Raiffeisenstr. 12  
78465 Konstanz  
christoph-thomas@web.de



### Christoph Thomas

Arzt für Allgemeinmedizin, homöopathische Ausbildung bei Drs. Jost Künzli und Dario Spinedi, seit 1987 als homöopathischer Arzt in Konstanz privatärztlich niedergelassen. Vorträge auf LIGA-Kongressen, 1993–2005 Mitarbeit bei der Ausbildung homöopathischer Ärzte, Aufbau eines „Künzli-Archivs“, Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft Dr. Künzli“ zur Erstellung von Publikationen auf der Webseite „www.kuenzlipunkt.de“, Laudatio auf den Hämatologen Prof. Dr. Herbert Begemann (gehalten auf der Jahrestagung des DZhÄ 1995 in Erfurt), Bibliographie Dr. Jost Künzli von Fimmelsberg (auf www.kuenzlipunkt.de). Im Laufe des letzten Jahrzehnts habe ich mir mit der Hildegard-Heilkunde einen zweiten fachlichen Schwerpunkt erarbeitet, der sich therapeutisch als sehr fruchtbar erwiesen hat und welcher die klassische Homöopathie auszeichnet ergänzt.

### Dario Spinedi

Clinica Santa Croce  
Via al Parco 27  
6644 Orselina  
Schweiz  
dario.spinedi@bluewin.ch



Jahrgang 1950. Medizinstudium in Zürich. 1977–1991 Besuch der Zürcher Vorlesungen und regelmäßige Supervisionen bei Dr. Jost Künzli von Fimmelsberg. 1993 Gründung einer Homöopathieschule im Tessin. 1997 Gründung und seither Leitung der homöopathischen Abteilung der Clinica Santa Croce. Internationale Seminar- und Supervisionstätigkeit.

pathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) in Childhood: a Prospective Multicenter Study. Blut 1988; 56: 63–68.

16 Patientin S. A., geb. 1958; behandelnder Arzt: Dr. Spinedi. Über diese Behandlung wurde bereits eine Kasuistik veröffentlicht: D. Spinedi: Crotalus horridus beim Morbus Werlhof. Deutsches Journal für Homöopathie 1988; 7: 47–52.

17 Am 6.5.1986: IgG 685 ng/10<sup>9</sup> Tc, IgM 2110 ng/10<sup>9</sup> Tc; Norm jeweils unter 10!

18 Am 6.5.1986 finden sich im peripheren Blutbild einzelne Megakaryozytenreste und eine ausgeprägte Anisozytose der Thrombozyten.

19 Einnahme am 6.6.1986.

20 Ca. am 1.6.1986.

21 Die zweite Dosis wurde am 20.8.1986, die dritte Dosis – verabreicht wegen starken Juckreizes am Körper – am 10.11.1986 eingenommen. Thrombozyten am 10.11.1986: 246 000, am 16.1.1987: 270 000, am 28.2.1987: 275 000 und am 13.5.1987: 202 000.

22 Laborkontrollen wurden keine mehr durchgeführt.

23 Die Vincristingabe ohne gleichzeitig appliziertes Thrombozytenkonzentrat war zeitlich die letzte von insgesamt 4 Vincristingaben; infolgedessen fand ein Abfall der Thrombozyten nur auf diese letzte Vincristingabe hin statt.

24 Patientin M. J., geb. 1937; behandelnder Arzt: Dr. Thomas. Über den anthroposophisch-medizinischen Teil der Behandlung wurde bereits eine Kasuistik veröffentlicht: Paolo Bavastro: Antimon und seine Beziehung zum Blut: eine Krankengeschichte. Merkurstab 1990; (4): 239–244.

25 Hypochrome mikrozytäre Anämie: Hämoglobin 8,8–11 g/dl, Eisen ca. 30–40 µg/dl.

26 Z.B. 1976 Hämoglobin am 1. Tag postpartal 9,4 g/dl, am 10. Tag 10,3 g/dl.

27 Am 11.7.1989.

28 Die immunologische Untersuchung war unauffällig.

29 Von Mitte Juli bis Mitte August 1989 Decortin H, zunächst 70 mg/d, danach in absteigender Dosierung.

30 Thrombozyten ca. 20.7.1989: 496 000, 27.7.1989: 301 000, 2.8.1989: 240 000, 17.8.1989: 117 000, 21.9.1989: 66 000.



**31** Oktober 1989 bis Mai 1990 *Stibium D6* intermittierend 1–3 × täglich: subkutan, intravenös bzw. oral; während dieser Zeit lag die Patientin zweimal stationär in einem anthroposophischen Krankenhaus.

**32** Diese letzteren weit im Normbereich gelegenen Werte sind in der ●● **Abb. 3** deshalb nicht mehr dokumentiert, weil sie zu einem Zeitpunkt erhoben wurden, als diese Abbildung bereits erstellt war (für den Vortrag im April 1993).

**33** Die dritte Hering'sche Regel besagt, dass im Zuge einer Heilung chronischer Erkrankungen die zuletzt aufgetretenen vor den zu einem früheren Zeitpunkt bestehenden Beschwerden ausheilen: „Eine wirklich heilende Therapie lässt die Krankheit in sukzessiven Etappen wieder durch die früheren Entwicklungsstufen zurückgehen“ (Pierre Schmidt in Kent JT: Zur Theorie der Homöo-

pathie. Bearb. Künzli J. 4. Aufl. Heidelberg: Haug; 1996: S. 21).

**34** Im Rahmen der anthroposophischen Therapie behandelt am 11.5.1990 mit einer einmaligen Injektion von *Apis D3/Bryonia D3*, subkutan appliziert am rechten Kniegelenk.

**35** Die Anämie ist bereits seit der anthroposophischen Behandlung nicht mehr nachweisbar.

**36** Mittelgabe am 7.7.1981; Thrombozyten am 2.7.1981 47 000, am 17.7.1981 35 000 und am 10.8.1981 50 000.

**37** Z. B.:  
Barthel M.: Thrombozytopenie. Deutsches Journal für Homöopathie 1982; 1: 206–208.  
Thomas C: Ein Fall von Aplasie des Knochenmarks bei einem 8 1/2 Monate alten weiblichen Säugling nach Überdosierung von nicht-indiziertem *Silica D6* und *Mercurius cyanatus*

*D6* (vorgetragen auf dem 46. Kongress der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Köln, am 8. Mai 1991).

Spence D: A Case of Autoimmune Thrombocytopenia. Homoeopathic Links 1992; 5: 23.

**38** Die in den drei dargestellten Fällen verschriebenen homöopathischen Arzneien stammen aus der homöopathischen Pharmazie Schmidt-Nagel in Meyrin bei Genf, Schweiz.

**39** Spence D: A Case of Autoimmune Thrombocytopenia. Homoeopathic Links 1992; 5: 23.



Preiskürzungen und Irrtum vorbehalten. Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. Schweizer Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen.

## Seelenschmerz gezielt behandeln

Dieses Buch basiert auf der Empfindungsmethode von Rajan Sankaran: Sie erfasst den Patienten in seiner Gesamtheit und hilft, eine Heilung auf allen Ebenen anzustoßen.

Zimmermann  
**Kummermittel in der Homöopathie**  
2015.  
282 S., 35 Abb., kart.  
ISBN 978 3 8304 7887 4  
59,99 € [D] / 61,70 € [A]

18PHBY

www.haug-verlag.de

