

Ein Fall von Aplasie des Knochenmarks bei einem 8 ½ Monate alten weiblichen Säugling nach Überdosierung von nicht-indiziertem *Silica D6* und *Mercurius cyanatus D6*¹

Von Christoph Thomas



Zusammenfassung

Eine gleichzeitige Applikation von nicht-indiziertem *Silica D6* und *Mercurius cyanatus D6* je dreimal täglich bewirkte bei einem weiblichen Säugling ausgeprägte Arzneimittelsymptome² ab 3–4 Wochen nach Beginn dieser Medikation. Diese Warnzeichen wurden jedoch nicht erkannt, und so erhielt das Kind im Alter von 1 ½ bis 7 Monaten insgesamt etwa 150–180 Dosen pro Arznei. Ohne andere erkennbare Ursache oder ererbte Disposition kam es im Alter von 8 ½ Monaten zu einer Aplasie des Knochenmarks.

Phosphorus zeigte bei gleichzeitig fortgeführter allopathischer Therapie nur vorübergehend eine bessere Wirkung. *China*, *Acidum sulfuricum* und *Lachesis* heilten nicht. Erst nach Beendigung jeglicher allopathischen Therapie wurde durch 12 Gaben *Phosphorus Q1* eine dauerhafte Heilung bewirkt, Nachbeobachtungszeit: 28 Jahre.

Das vorliegende Fallbeispiel belegt, dass es beim Einsatz potenziertter Arzneien zwingend erforderlich ist, die Gesetzmäßigkeiten und Regeln der klassischen Homöopathie genau zu beachten und einzuhalten. Die wesentliche Gefahr besteht darin, potenzierte Medikamente regelwidrig gemäß den Gewohnheiten der Allopathie zu verordnen, z. B.: nach klinischen Diagnosen statt nach individuellen Symptomen, in zu starker Dosierung, in zu häufig repetierten Dosen, nach fixen Schemata statt individuell dem jeweiligen Krankheitsfall angepasst, ohne sorgfältige Verlaufsbeobachtung oder als gleichzeitige Verabreichung mehrerer Arzneimittel (z. B. in Kombinationspräparaten).

Summary

Simultaneous application of non-indicated *Silica D6* and *Mercurius cyanatus D6* in an infant girl 3 times a day led to distinct proving symptoms beginning 3–4 weeks after the commencement of medication. However, the warning signs were not recognized and the child received approximately 150–180 doses of each drug in between the ages of 1 ½ and 7 months. Without any other recognizable cause or hereditary disposition, at the age of 8 ½ months the infant suffered from bone marrow aplasia.

Phosphorus, with simultaneous allopathic therapy, led only to temporary improvement. *China*, *Acidum sulfuricum* and *Lachesis* did not produce a cure. Only after ceasing any form of allopathic treatment and returning to *Phosphorus*, after 12 doses *Phosphorus Q1* did complete recovery result. Observation continued for 28 years.

The present case study proves that it is absolutely necessary when using potentized remedies to strictly observe and comply with the laws and rules of classical homeopathy. The main danger is to prescribe potentized drugs contrary to rules in accordance with the habits of allopathy, e. g. according to clinical diagnoses rather than individual symptoms, dosages are too high, doses are repeated too frequently, dosages are applied in fixed patterns instead of being adjusted individually, without careful observation of the course of treatment or several drugs are prescribed simultaneously, e. g. as compounds, instead of a strict monotherapy.

Schlüsselwörter

Aplastische Anämie, hämorrhagische Erkrankung, *Phosphorus*, professionelles versus unprofessionelles Vorgehen beim Einsatz potentiierter Arzneien, gleichzeitig applizierte allopathische Medikation als Heilungshindernis bei klassisch-homöopathischer Behandlung, iatrogene Schädigung infolge regelwidrigen Einsatzes potenziertter Arzneien nach allopathischem Prozedere

Keywords

Aplastic anemia, haemorrhagic disease, *Phosphorus*, professional versus unprofessional approach in the use of potentized remedies, simultaneously applied allopathic medication as a healing obstacle for classic homeopathic treatment, iatrogenic damage due to improper use of potentized remedies after allopathic procedure

Einleitung

Mit der Darstellung der folgenden Kasuistik möchte ich belegen:

1. Potenzierter Arzneien³ können, von unkundiger Hand verabreicht, dem Patienten großen Schaden zufügen und ihn sogar in Lebensgefahr bringen.
2. Die klassische Homöopathie verfügt über therapeutische Möglichkeiten, welche der Schulmedizin verschlossen sind.
3. Diese therapeutischen Möglichkeiten lassen sich nur ausschöpfen:
 - a) wenn die Gesetzmäßigkeiten homöopathischer Behandlung exakt befolgt werden, welche insbesondere Hahnemann und Kent gewonnen haben durch äußerst sorgfältige, exakt-empirische Beobachtungen nach Art und Vorbild der Naturwissenschaften,
 - b) wenn jegliche parallel durchgeführte allopathische Therapie unterbleibt.
4. Diese beiden Bedingungen genau einzuhalten, ist umso wichtiger, wenn der zu behandelnden Erkrankung eine schwere klinische Pathologie zugrunde liegt.

Anamnese

Am 6.11.1989 erreichte mich der Anruf einer jungen Mutter: Ihre jetzt 9 Monate alte Tochter sei 1 ½ Tage zuvor in sehr schlechtem Allgemeinzustand in der örtlichen Universitätsklinik stationär aufgenommen worden, Verdachtsdiagnose: Aplastische Anämie, Differentialdiagnose: Präleukämie. Die am selben Tag aufgenommene Anamnese ergab:

Das Kind wurde im Februar 1989 geboren; ein um 3 Jahre älteres Geschwisterkind und beide Eltern sind im Wesentlichen gesund. Die Großmutter mütterlicherseits hatte in der Jugend eine Tuberkulose, deren Mutter starb 35-jährig an multipler Sklerose. Ebenfalls bei den Urgroßeltern gab es 2 Fälle von Karzinom in vorgerücktem Lebensalter; sonst finden sich keine schweren Erkrankungen in der Familienanamnese.

Das kleine Mädchen hat blaue Augen und hellbraune Haare. An Beschwerden und Erkrankungen sind bei dem Säugling bislang aufgetreten:

1. bald nach der Geburt ein Hautausschlag am Hals, später ein deutlicher Milchschorf auf dem Kopf und hinter den Ohren,
2. mit 5 Wochen ein Mundsoor,
3. mit 6 Wochen ein morgens verklebtes linkes Auge mit gelbgrün-eitrigem Sekret,
4. ebenfalls mit 6 Wochen ein Husten für mehrere Wochen, der sich in der Folge häufiger wiederholte; dabei auftretender Schleim im Hals verursachte Röcheln beim Ein- und Ausatmen.

Keine Impfungen, keine Rachitisprophylaxe.

Ab Anfang April – d.h. ab der 6./7. Lebenswoche – erhielt das Kind wegen der o.g. Beschwerden vom Hausarzt je 3×täglich *Mercurius cyanatus* D6 (Fa. Weleda) und *Silica* D6 (Fa. Weleda). Diese Medikation wurde mindestens 4 Wochen lang konsequent durchgehalten und wurde wegen des wiederholt aufgetretenen Hustens im Laufe der nächsten Monate mehrfach jeweils für 5–7 Tage wiederholt.

5. Von Ende April oder Anfang Mai bis September trat eine zunehmende Deformation des linken Zeigefingernagels auf, welche vorher – so die Eltern – mit Sicherheit nicht bestanden hätte. Der gesunde Nagel wurde allmählich nach vorn abgestoßen, der neu gebildete wies eine ausgedehnte Verkrümmung und weißliche Punktierung auf.
6. Ab 4.5.1989 entwickelte das kleine Mädchen eine ausgeprägte Ablehnung der Mutterbrust; bei jedem Versuch zu stillen zeigte es durch demonstratives Wegdrehen des Köpfchens einen ganz deutlichen Widerwillen. Dies war für Mutter und Kind eine schwierige Zeit; nach vielen frustrierten Versuchen musste schließlich entgegen dem Wunsch der Mutter komplett abgestillt werden.
7. Ab 19.9.1989 erneute Bronchitis mit 3 Tage lang hohem Fieber, ausgeprägter Durstlosigkeit im Fieber und zweimal an verschiedenen Tagen Erbrechen im Schwall jeweils etwa 5 Minuten nach dem Trinken. Die Eltern verabreichten von sich aus wieder *Mercurius cyanatus* D6 und *Silica* D6: Diese Medikamente seien ja schon einmal vom Hausarzt verordnet worden, und sie hätten davon noch genügend Vorrat zu Hause gehabt.

Am 25.10.1989 bemerkt die Mutter 2 kirschkerngroße blaue Flecken über der linken Tibia. Als die Familie 4 Tage später beim Essen sitzt und die Kleine mit ihrem Kopf leicht den Tisch berührt, bildet sich über dem Jochbein sofort ein großer blauer Fleck. Daraufhin entdecken die Eltern an beiden Füßen mehrere Petechien und eine Ekchymose am rechten Knie. Im Laufe der folgenden Tage treten immer mehr und auch große blaue Flecke auf – bevorzugt dort, wo sich das Kind gerade gestoßen hat: besonders an Beinen und Knien, aber auch mehrere am Kopf und am Rumpf. Bereits durch bloßes Reiben in der Augenregion bekommt sie auf einmal ein ganz „blaues Auge“. Das Unterhautgewebe im Bereich der Ekchymosen weist knotige Verdickungen auf. Die Petechien werden nach und nach zahlreicher und größer und erreichen z.T. Stecknadelkopfgröße. Auch im Auge finden sich Ekchymosen. Einblutungen in die Mundschleimhaut sind an der Wange flohstichartig, an der Zunge stecknadelkopfgroß und am Gaumen von dunkelblauschwarzer Farbe. Der Speichelfluss ist serös-blutig, der Mundgeruch

süßlich-blutig. Petechien an der Vulva verursachen geringe Blutungen in die Windel. Die Stühle sind mehrfach grünlich-schaumig, äußerst stinkend und riechen bitter-metallisch bzw. nach altem Blut.

Am 2.11.1989 ist das Kind appetit- und durstlos; es hat Fieber⁴ von 38,6° mit heißem Kopf und kalten Extremitäten. Die Medikation des Hausarztes: *Stibium metallicum* D2 und D6, *Belladonna* D6 und „*Chamomilla compositum*“-Suppositorien.

Weitere Beobachtungen und Symptome

Sehr wenig getrunken im Fieber (200ml statt sonst 700ml/Tag).

Zweimal erbrochen nach Teetrinken, Erbrochenes mit dunkelbraun-schwärzlichen Blutfäden.

Mag plötzlich nicht mehr krabbeln, nur noch sitzen oder in Bauchlage liegen.

Am liebsten auf dem Arm der Mutter.

Äußerst empfindlich auf Berührung.

Zum Schlafen will sie nicht ins Bettchen gelegt werden, sondern auf dem Arm der Mutter bleiben.

Einschlafen nur noch in Bauchlage.

In Rückenlage zieht sie die Beine an und überkreuzt die Unterschenkel wie in den ersten Lebenswochen.

Sie kann es überhaupt nicht leiden, angezogen zu werden und reagiert fast panisch, wenn das Ärmchen in den Hemdärmel soll; dies lässt erst nach, wenn die Finger wieder vorn aus dem Ärmel hervorschauen.

Gern spreizt sie entweder alle Finger beider Hände weit auseinander oder hält die Kuppen von Daumen und Zeigefinger fest gegeneinander gepresst.

Ganz kalte Extremitäten sowie weiße Lippen und weiße Fingernägel.

Klinikeinweisung und schulmedizinische Behandlung

Am 4.11.1989 wirkt das Kind jämmerlich, schwerstkrank, apathisch, isst und trinkt nicht, ist sehr weinerlich und voller blauer Flecken; 39,5° Rektaltemperatur, Blutgeruch aus Mund und After. Klinikeinweisung.

Die Laboruntersuchung ergibt: Hämoglobin 5,4g/dl, Hämatokrit 17,8%, 2,4 Mio. Erythrozyten, 7000 Thrombozyten/nl, im Differentialblutbild 100% Lymphozyten, keinerlei Granulozyten. Die Knochenstanze bestätigt das vollständige Fehlen einer Granulo- und Erythrozytopoese sowie die Verdachtsdiagnose Aplasie des Knochenmarks. Das Vorliegen eines präleukämischen Syndroms kann weder belegt noch ausgeschlossen werden; die immunologische Untersuchung⁵ ergibt 75% reife T-Lymphozyten und 20% B-Lymphozyten, was eher für die Diagnose einer aplastischen Anämie spricht – in diesem Lebensalter eine große Seltenheit.

Prognostisch sind beim aplastischen Knochenmark im Kindesalter nach den Erfahrungen der Schulmedizin hauptsächlich 3 verschiedene Entwicklungen möglich:

1. Spontanremission,
2. Entwicklung einer Leukämie und damit aus allopathischer Sicht die Indikation zu einer entsprechenden Leukämie-Therapie,
3. unverändertes Fortbestehen der Aplasie.

Allopathisch wird in jedem Fall zunächst symptomatisch therapiert mit Infektionsbekämpfung und Erythrozyten- und Thrombozytensubstitution, bis Fall 1 oder Fall 2 eintritt; im Fall 3 einer fortbestehenden aplastischen Anämie bleibt therapeutisch nur die Knochenmarktransplantation.

Im Krankenhaus erhält das Kind u.a. Thrombozyten- und Erythrozytenkonzentrate, Paracetamol, Cefotaxim (Claforan) und Tobramycin (Gernebsin); wegen eines bei Aufnahme erhöhten Harnsäurewerts infolge der Durst-

Anzeige

losigkeit im Fieber wird kurzfristig eine forcierte Diurese durchgeführt. Reaktion auf den Beginn der schulmedizinischen Therapie: dreimal Teerstuhl nachts, Anstieg des C-reaktiven Proteins als Entzündungsparameter von 0,1 bei Aufnahme auf 5,7 mg/dl etwa 10 Stunden später.

Homöopathische Therapie

Aufgrund der schweren klinischen Pathologie dieses Falls berate ich mich mit meinem Lehrer, Dr. Spinedi, und arbeite mit seiner Hilfe die wichtigen Symptome aus der Fallaufnahme heraus⁶:

1. Blutung aus allen Körperöffnungen: „generalities, haemorrhage, from orifices of the body“,
2. Petechien: „skin, eruptions, petechiae“,
3. grüner Stuhl: „stool, green“,
4. durstlos im Fieber: „stomach, thirstless, during heat“ mit den Nachträgen bei J. Künzli⁷.

Diese 4 Symptome sind hochwertig, handfest und sicher, so dass man sich auf sie verlassen kann; sie indizieren eindeutig *Phosphorus*. Denn *Phosphorus* ist das einzige Mittel, welches allen 4 Rubriken gemeinsam ist⁸. Weil eine organische Schädigung eines lebenswichtigen Organs, nämlich des Knochenmarks, vorliegt, darf nach den Erfahrungen Kents keine höhere Dosis als C 200 verabreicht werden. Dies gilt generell; auch eine eventuell zu erwartende Interferenz mit schulmedizinischer Medikation lässt keine Ausnahme zu.

Als ich das kleine Mädchen auf der „sterilen Einheit“ des Krankenhauses besuche, empfängt es mich mit einem auffällig freundlichen Lächeln – ungeachtet dessen, dass es mich vorher noch nie gesehen hat, ungeachtet meiner sicher fremdartig wirkenden grünen Schutzkleidung und ungeachtet aller traumatisierenden Maßnahmen, die es in den letzten Tagen von ihm Unbekannten erlitten haben mochte. Ein Kind von solch überaus freundlichem Wesen – auch dies scheint mir ein Hinweis auf *Phosphorus*. Zusätzlich zu den geschilderten Blutungszeichen imponiert ein fast schneeweißes Hautkolorit und ein hochgradig aufgedunsener Körper mit teigiger Schwellung des gesamten Gewebes.

Da mir eine Mitbehandlung an diesem Krankenhaus verwehrt und eine Entlassung auf eigene Verantwortung kurzfristig nicht zu realisieren ist, nimmt die Mutter des Kindes die Behandlung in ihre eigene Hand und verabreicht am 7.11.1989 abends 1 Globulus *Phosphorus* C 200.

30–60 Minuten später geht mit dem Kind eine deutliche Veränderung vor sich: Es entspannt sich und fällt zum ersten Mal seit Tagen in einen tiefen und ruhigen Schlaf; zeitweilig tritt „rapid eye movement“ auf – ebenfalls Zeichen eines äußerst entspannten Schlafs. Seelisch ist es am folgenden Tag wie verwandelt: Es lacht, spielt und scherzt wieder und macht den Eltern einen wunder-

bar ausgeglichenen Eindruck. Subjektiv ginge es ihrer Tochter blendend, viel besser als bei Klinikeinweisung. Bei gleichzeitig fortgeführter Antibiotikatherapie entfiebert das Kind vollständig; nach einigen Tagen verschwinden die schwarzen, teerstuhlartigen Auflagerungen auf dem Stuhl; der Milchschorf taucht wieder auf, und am 14.11. finden sich erstmals wieder – wenn auch nur vorübergehend – 3% Granulozyten im Differentialblutbild.

Als am 14.11. wieder hohes Fieber und neue Petechien auftreten und weitere invasive Diagnostik und Therapie drohen, wird das Kind auf Betreiben der Eltern in eine Kinderklinik verlegt, in welcher entgegenkommenderweise ihrem Wunsch nach Priorität der homöopathischen Therapie entsprochen wird. In Rücksicht auf diese Behandlung werden keine Antipyretika und keine Antibiotika verabreicht, allerdings trotzdem am 16.11. ein intravenöser Vitamin-B₁₂-Stoß (wegen nicht sicher ausgeschlossener Megakarioblasten-Anämie bei B₁₂-Resorptionsstörung), am 17.11. ein Erythrozyten- und am 20.11. ein Thrombozytenkonzentrat.

Selbst diese „sanften“ Eingriffe werden jedoch schlecht vertragen: Nach der Vitamin B₁₂-Gabe kommt es zu erheblicher Zappeligkeit und Unruhe; das Thrombozytenkonzentrat ruft eine Unverträglichkeitsreaktion mit kurzzeitigem Fieberanstieg auf 40,0° und Pulsbeschleunigung auf 200/min. hervor. Sehr eingreifend sind außerdem die Laborblutabnahmen, welche bis zu dreimal täglich vor allem zur Kontrolle des Blutbildes und des C-reaktiven Proteins durchgeführt werden. Aufgrund verschlechterter Venenverhältnisse gestaltet sich die Blutabnahme mit der Zeit schwieriger; in einem Fall dauert es eine volle Stunde, bis eine befriedigende Laborblutgewinnung zustande kommt – ein psychisches Trauma sondergleichen, wenn man sich vorstellt, was es bedeutet, wenn ein Säugling eine Stunde lang aus voller Kraft schreit.

Nachdem 2½ Tage lang Temperaturen zwischen 39,2 und 40,2° bestehen und sich keine Tendenz zu einer Besserung abzeichnet, wird nach Beratung mit Dr. Künzli am 16.11. *Phosphorus* wiederholt – wegen der vorangegangenen Gabe von *Phosphorus* C 200 dieses Mal sicherheits halber nur als C 30. Keines der zu diesem Zeitpunkt festgestellten Akutsymptome spricht gegen dieses Mittel. Außerdem gibt es ein neues wertvolles Symptom: Selbst wenn das kleine Mädchen jegliche Nahrung ablehnt, isst sie immer noch Joghurt, der direkt aus dem Kühlschrank kommt – also Verlangen nach kalten Speisen: „stomach, desire, cold food“. Und schließlich hatte *Phosphorus* ja eine solch gute Wirkung gehabt, dass anzunehmen ist, dass dieses Mittel durch die zwischenzeitlich verabreichte allopathische Therapie unterbrochen wurde.

Doch in den beiden auf diese Mittelgabe folgenden Tagen macht das Kind einen deutlich schlechteren, wieder schwerkranken Eindruck. Das Abdomen ist berührungs-

empfindlich und druckschmerzhaft und weist eine Abwehrspannung auf; die kleine Patientin erwacht mehrfach laut weinend durch Aufstoßen; bei der Bauchlage im Schlaf spreizt sie regelmäßig das linke Beinchen ab, wohl um das Abdomen von Druck zu entlasten.

Die Situation erscheint reichlich undurchsichtig; dies ist die schwierigste Phase innerhalb der ganzen Behandlung:

- Ist die Ursache der Verschlimmerung die erneute Gabe von *Phosphorus*, obwohl dieses Mittel so deutlich indiziert schien?
- Ist *Phosphorus* überdosiert worden durch die Repetition nach so kurzer Zeit?
- Ist diese Verschlimmerung der Wirkung des Umgebungswechsels auf das Kind geschuldet, oder
- ist sie der nach wie vor durchgeführten allopathischen Therapie zuzuschreiben – insbesondere der Vitamin-B₁₂-Gabe, welche 7 Stunden vor, bzw. des Erythrozytenkonzentrats, welches 10 Stunden nach *Phosphorus* C 30 verabreicht wurde?

Einen vollen Monat sollte es dauern, bis der weitere Verlauf der Behandlung darüber Klarheit bringt, dass die letztere Vermutung die richtige gewesen ist.

Viele Symptome scheinen mir für *Lachesis* zu sprechen. Dr. Spinedi denkt dagegen an *Belladonna* und zwar wegen folgender Symptome:

1. Verdacht auf Zahnungsbeschwerden; denn das Kind weist starken Speichelfluss auf und beißt ständig auf feste Gegenstände: „teeth, dentition difficult“ mit den Nachträgen bei J. Künzli⁹,
2. immer wieder eiskalte Hände und Füße bei heißem Kopf und Körper: „head, heat, with coldness of extremities“,
3. offene Augen im Schlaf: „eye, open, during sleep“,
4. durstlos im Fieber: „stomach, thirstless, heat“ mit den Nachträgen bei J. Künzli¹⁰,
5. Aufschrecken bei kleinsten Geräuschen: „mind, sensitive, to slightest noise“ mit den Nachträgen bei H. Barthel¹¹,
6. Bauchlage: „sleep, position, on abdomen“,
7. Petechien: „skin, eruptions, petechiae“,
8. erschwertes Schlucken von Flüssigkeiten: „throat, swallowing difficult, of liquids“,
9. blutiger Speichel: „mouth, saliva, bloody“,
10. blutiger Urin: „urine, bloody“,
11. phasenweise Unruhe: „restlessness, during heat“.

Wegen des unklaren Bildes und des kurzen zeitlichen Abstandes zur letzten Mittelgabe ist es jedoch zunächst erforderlich abzuwarten und weiter zu beobachten, bis sich ein klares Bild ergibt und nach Möglichkeit die „Drei-Tages-Regel“ Künzlis für die Behandlung akuter Fälle einzuhalten: Zwischen 2 Mittelgaben möglichst 72 Stunden

verstreichen lassen – ausgenommen, es komme vorher zu einer gravierenden Verschlimmerung mit einem eindeutigen Symptomenbild. Der Grund für diese Regel: Nach einer Mittelgabe kommt es meist erst nach Ablauf dieser Zeitspanne zu einem neuen klaren Symptomenbild. Dies zeigt sich im vorliegenden Fall z.B. nach der im Folgenden geschilderten Gabe von *China* und von *Acidum sulfuricum*.

Knapp 48 Stunden nach der *Phosphorus*-Gabe entschließt sich die Mutter zu einem Einlauf (bei diesem Krankheitsbild eigentlich kontraindiziert wegen Gefahr einer Schleimhautverletzung mit nachfolgender Sepsis), welcher das Kind sichtlich erleichtert und gleichzeitig die abdominelle Symptomatik verschwinden lässt. Am nächsten Tag, dem 3. Tag nach Mittelgabe, weitgehende, in den folgenden Tagen vollständige Entfieberung – nur kurzzeitig unterbrochen durch die o.g. Unverträglichkeitsreaktion auf Thrombozytenkonzentrat am 20.11. Auch das C-reaktive Protein geht von 12,1 auf 8,6 mg/dl zurück. Allerdings pendelt das Wohlbefinden weiterhin auf und ab; dem Kind geht es mal gut, mal schlecht.

Wir, die Eltern des Kindes und ich, haben das Gefühl, die Sache tritt auf der Stelle. Deshalb am 24.11. Entlassung auf eigene Verantwortung, um ambulant eine exakte klassisch-homöopathische Therapie unter Ausschluss jeglicher Interferenz von außen durchführen zu können.

Kaum ist das Kind entlassen, geht es mit dem klinischen Zustand wieder bergab. Die Temperatur beginnt erneut zu steigen, in der ersten Nacht auf 39°. Die kleine Patientin ist äußerst blass, weinerlich und fast adynam. Statt eines Schreiens bringt sie nur ein klägliches Wimmern zustande und ist zu schwach, um sich mit den Armen an ihrer Mutter halten zu können: Sie schläft in Rückenlage ein; ihre Arme, welche eigentlich die Mutter hätten umfassen sollen, verharren hilflos weit ausgebreitet – ein etwas beunruhigendes Bild.

Als sich bis zum folgenden Mittag keinerlei Besserung zeigt, befrage ich Dr. Künzli. Sein Rat: Die Verschlechterung könne durch den Ortswechsel bedingt sein, ich solle unbedingt noch einige Stunden zuwarten. Und in der Tat: Am Nachmittag kommt es zur Entfieberung und klinischen Besserung, das Kind wird munterer, die Weinerlichkeit lässt nach und die folgende Nacht verläuft ruhiger als die vergangene.

Aber Alarm am 26.11.: An beiden Beinen treten frische, große Ekchymosen auf, die von Stunde zu Stunde an Zahl zunehmen. Erneuter Rat Dr. Künzli: *Phosphorus* hätte mehr bewirken sollen, offenbar helfe es nicht. Wenn man folgende Symptome nähme:

1. Ekchymosen: „skin, ecchymoses“,
2. Hämorrhagie aus allen Körperöffnungen: „generalities, haemorrhage, from orifices of the body“,
3. Abneigung, berührt zu werden: „mind, touched, aversion to being“,

4. Katzenschlaf: „sleep, waking, from slight noise“,
 5. Hunger nachts: „stomach, appetite, increased, night“,
 6. offene Augen im Schlaf: „eye, open, during sleep“,
- würden sich die folgenden Mittel ergeben: *China*, *Lachesis* und *Acidum sulfuricum*. Mit *China* C 200 zu beginnen, werde dem Kind auf keinen Fall schaden.

China deckt außer den genannten die folgenden weiteren Symptome:

7. durstlos im Fieber: „stomach, thirstless, during heat“,
8. Verlangen nach kalten Getränken: „stomach, desire, cold drinks“,
9. Schlaf nur im Sitzen: „sleep, position, sitting“,
10. grüner Stuhl: „stool, green“.

Deshalb verabreiche ich am Nachmittag des 26.11. eine Dosis *China* C 200. Die Wirkung ist wiederum deutlich: In den auf die Mittelgabe folgenden Stunden wird das Kind wesentlich ruhiger, der Schlaf der darauf folgenden Nacht ist ausgesprochen tief. 24 Stunden später sind keinerlei neue Ekchymosen oder Petechien aufgetreten; die Ekchymosen der äußeren Haut und der Mundschleimhaut sind zum großen Teil, die Petechien sämtlich rückläufig. Das Kind ist ausgesprochen fröhlich, am Folgetag gibt es nur wenige neue Petechien. Allerdings verläuft die Nacht vom 28. zum 29.11. wieder unruhig; in der darauf folgenden Nacht tritt mehrfach Nasenbluten aus dem rechten Nasenloch auf; auf dem linken Oberlid findet sich eine neue große Ekchymose. Deshalb neue Mittelgabe.

Weil das Symptom „grüner Stuhl“ nur durch *Acidum sulfuricum*, nicht aber durch *Lachesis* gedeckt ist, verabreiche ich am Morgen des 30.11., 3 ½ Tage nach der letzten Mittelgabe, eine Dosis *Acidum sulfuricum* C 200.

Auch diese Gabe bewirkt eine rasche Verwandlung – allerdings von völlig anderer Art: Des Kindes bemächtigt sich eine fast erschreckende Ruhe. Wollte es vordem nur auf dem Arm der Mutter sein, lässt dieses Bedürfnis jetzt schlagartig nach; es bleibt ruhig sitzen, wo immer man es auch hinsetzt, und schaut nur noch mit ganz tiefersten, weit aufgerissenen Augen um sich. 3 Stunden nach Mittelgabe plötzlich etwas Zahnfleischbluten und reichlich dunkelrotbraunes bis bordeauxfarbendes Nasenbluten, welches kontinuierlich über mehrere Stunden anhält. Ich rechne mit der Möglichkeit einer rasch sich entwickelnden akuten Lebensgefahr und bitte – da ich das Simillimum des Kindes noch nicht kenne – das Krankenhaus, Thrombozyten- und Erythrozytenersatz bereitzustellen.

6 Stunden nach Mittelgabe ist der ganze Spuk, so plötzlich wie er gekommen war, wieder vorbei: Das kleine Mädchen turnt quirlig-lebendig mit erstaunlicher Behendigkeit und Geschwindigkeit durch die Gegend, redet fast unaufhörlich und hat Hunger, Hunger, Hunger! Am nächsten Tag imponiert ein fast gesund wirkendes Kind,

der Schlaf ist gut und tief, alle Blutungszeichen sind in deutlicher Rückbildung begriffen, nur wenig neue Petechien. Die Lebendigkeit des Kindes ist allerdings eine Idee ausgeprägter, die Augen sind ein wenig mehr geweitet als in früheren, gesunden Tagen und wirken fast etwas aufgerissen.

Erneuter Alarm am Morgen des 2.12.: Wieder Nasenbluten, jetzt alle 2–3 Stunden erneut, jedes Mal aus dem linken Nasenloch. Jetzt sprechen viele Symptome für *Lachesis*:

1. Blutung aus allen Körperöffnungen: „generalities, haemorrhage, from orifices of the body“,
2. Petechien: „skin, eruptions, petechiae“,
3. Missbrauch von Quecksilber: „generalities, mercury, abuse of“,
4. Abneigung gegen die Muttermilch: „chest, milk, child refuses mother's milk“,
5. Abneigung gegen Berührung: „mind, touch, aversion to being“,
6. Abneigung gegen enge Ärmel: „generalities, clothing, intolerance of“,
7. gehäuft aufgetretener Atemstillstand im Schlaf: „respiration, arrested, during sleep“,
8. Symptome bevorzugt der linken Seite (Abspreizen speziell immer des linken Beines in Bauchlage, Blutungen jetzt stärker linksseitig: Nasenbluten, Augenhämatom, Zahnfleischbluten): „generalities, side, left“,
9. blaurote Schleimhautblutung (siehe *Materia medica*),
10. Nasenbluten dünn-hellrot, mit sehr schwärzlichen Partikeln „wie verbranntes Stroh“¹²,
11. Zustand nach Abneigung gegen Speisen bei Hunger: „stomach, aversion, food, with hunger“,
12. Bewegungstrieb, geschwätzig: „mind, loquacity“,
13. Katzenschlaf, Auffahren durch Geräusche: „sleep, disturbed, noise, by the slightest“ mit den Nachträgen bei W. Klunker¹³,
14. Verschlechterung in der 2. Schlafhälfte und nach dem Erwachen (Weinen im und nach dem Schlaf, zweimal Nasenbluten nach dem Schlaf): „generalities, after sleep agg.“.

An diesem Tag stehe ich in ständigem Kontakt mit Dr. Spinedi. Jedes Mal lautet sein Rat: Noch zuwarten! Er habe Zweifel an *Lachesis*, weil das Symptom „grüner Stuhl“ nicht durch dieses Mittel gedeckt sei, und halte *Phosphorus* nach wie vor nicht für ausgeschlossen. Am Abend wird das Nasenbluten stärker und häufiger, und das Allgemeinbefinden verschlechtert sich zusehends. Als schließlich kurz vor Mitternacht die Petechien im vorderen Mundraum profus zu bluten beginnen und sich um den im Schlaf deutlich geöffneten Mund des Kindes eine etwa 10x10 cm große Lache aus Speichel und Blut gebildet hat, verabreiche ich jetzt, 2 ½ Tage nach dem vorangegangenen Mittel, eine Dosis *Lachesis* C 200.

Darauf sind die Blutungszeichen der Haut und Schleimhaut am folgenden Tag rückläufig und das Allgemeinbefinden gebessert, an diesem und den folgenden Tagen ist die kleine Patientin fröhlicher und weniger weinerlich. Aber trotzdem: Tag für Tag Nasenbluten, neue Petechien, neue Ekchymosen; dieses Mal knotige Konsistenz der blauen Flecken, leichenblasses Hautkolorit, blasser denn je. Psychisch teilweise überdreht und müde, teilweise unruhiger Schlaf.

Als ich Dr. Künzli am 7.12., dem 5. Tag nach Gabe von *Lachesis*, vom Verlauf erzähle, lautet sein Bescheid: Jetzt sei von diesem Mittel nichts mehr zu erwarten, ich solle zurückkehren auf *Phosphorus*. Da eine dritte Centesimal-Potenz desselben Mittels innerhalb der Mindestwirkungszeit von 35 Tagen gefährliche Arzneireaktionen – in diesem Fall insbesondere profuse Blutungen – provozieren könne, jetzt Verabreichung als Q-Potenz¹⁴. Ab 8.12. (5½ Tage nach der letzten Mittelgabe) gebe ich *Phosphorus* Q1 täglich 1 Gabe, Verabreichung genau entsprechend §248 *Organon*, 6. Auflage¹⁵.

Nach der 2. Gabe *Phosphorus* Q1 sind alle blauen Flecke und die Blutungen im Bereich der Mundschleimhaut in rascher Rückbildung begriffen, dafür aber zahlreiche neue Petechien erschienen; Schlaf tief und ruhig. Nach der 3. Gabe zweimal Nasenbluten, deshalb zunächst Stopp der Mittelgabe.

Am Abend des 11.12. plötzlich hochgradige Unruhe, Aufstoßen und Schleimerbrechen, stärkstes Herzklopfen, Puls ca. 180/min. Bei ausgeprägtem Meteorismus handelt es sich vermutlich um eine Art Roemheld-Syndrom. Deshalb erneute Gabe von *Phosphorus* Q1, daraufhin langsame Besserung im Verlauf der Nacht. Eine noch einige Tage lang fortbestehende Tachykardie von 120–140/min. ist als physiologisch sinnvolle Antwort des Organismus auf die ausgeprägte Anämie zu verstehen.

Wieder zeigt sich etwas Milchschorf auf dem behaarten Kopf – entsprechend dem 3. Heringsschen Gesetz¹⁶ Zeichen eines günstigen Therapieverlaufs. Pierre Schmidt schreibt¹⁷: „Eine wirklich heilende Therapie lässt die

Krankheit in sukzessiven Etappen wieder durch die früheren Entwicklungsstufen zurückgehen.“ Unter weiterhin täglicher Mittelgabe befinden sich alle Blutungszeichen in raschem Vergehen; ab 16.12. gibt es kein Nasenbluten, keine neuen Ekchymosen und kurz darauf auch keinerlei neue Petechien mehr.

Am 19.12. berichte ich Dr. Künzli von dem Erfolg mit *Phosphorus*. Darauf Künzli: Sofort Aufhören mit jeglicher Mittelgabe! Ihm würde himmelangst, wollte man nach inzwischen bereits 12 verabreichten Dosen mit *Phosphorus* Q1 fortfahren. Nach dem eindeutigen Effekt hätten bereits 10 Dosen völlig ausgereicht; ihre Wirkung könne ohne weiteres 3–4 Monate lang anhalten.

Sei es nun Zufall oder nicht: Am Folgetag, dem 20.12., treten wieder 2 frische Ekchymosen an den Beinen auf – die ersten nach einer fünftägigen Pause; glücklicherweise sollten es die letzten gewesen sein. Das Labor des 21.12. zeigt einen weit übernormalen Retikulozytenwert von 71‰ – der Normwert liegt außer in der 1. Lebenswoche bei 5–10‰¹⁸, was eine maximale Stimulation der Hämatopoese anzeigt. Mit vergleichbar rasanter Geschwindigkeit setzt kurz darauf der Anstieg aller übrigen hämatologischen Parameter ein; innerhalb weniger Wochen kommt es zur vollständigen und dauerhaften restitutio ad integrum (s. ●● **Tab. 1**). Klinische Zeichen einer Hämorrhagie sind nie wieder aufgetreten.

Laborwerte

Aufgrund des zeitlichen Abstands zur letzten Gabe von Thrombozyten- (11 Tage) und Erythrozytenersatz (14 Tage) dürften die Werte des 1.12.1989 die tatsächliche Anzahl körpereigener Zellen einigermaßen reell wiedergeben. Die gegenüber dem 21.12. am 1.12.1989 höheren Werte von Hämoglobin und Erythrozyten sind mit der Wirkung der 5 Tage zuvor verabreichten Gabe von *China* auf die Erythropoese erklärlich.

Angesichts des 13 Tage nach Beginn mit *Phosphorus* Q1 noch immer niedrigen Hämoglobinwerts von 4,4 g/dl am 21.12. ist davon auszugehen, dass das Hämoglobin

Tab. 1

Datum	Hämoglobin	Erythrozyten	Thrombozyten	Retikulozyten	Granulozyten
04.11.1989	5,4 g/dl	2,4 Mio.	7.000/nl	–	0 %
01.12.1989	7,3 g/dl	2,8 Mio.	5.000/nl	2 ‰	1 %
21.12.1989	4,4 g/dl	1,4 Mio.	16.000/nl	71 ‰	6 %
02.01.1990	6,5 g/dl	1,9 Mio.	40.000/nl	40 ‰	11 %
22.01.1990	11,9 g/dl	3,7 Mio.	126.000/nl	–	21 %
06.03.1990	14,8 g/dl	–	140.000/nl	22 ‰	44 %
12.06.1990	13,0 g/dl	4,5 Mio.	255.000/nl	–	27 %

unter der Wirkung von *Lachesis* im Zeitraum 3.–7.12. entsprechend dem damals viel anämischeren Hautkolorit noch deutlich niedriger lag (die Laborwerte wurden damals nicht bestimmt) – vermutlich in einer Größenordnung, welche ohne homöopathische Therapie eine akute Lebensgefahr angezeigt hätte.

Nachdem später, am 21. Dezember, als die Hautfarbe des Kindes vergleichsweise wieder rosig ist und die Laborwerte zu steigen beginnen, der rote Blutfarbstoff 4,4 g/dl beträgt, dürfte dieser Wert in der Zeit zwischen 3. und 8. Dezember tageweise wahrscheinlich bei 2,5–3,0 g/dl gelegen haben. Kinder dieses Alters können bei einem Hämoglobinwert von 2,5 g/dl normalerweise höchstens wenige Stunden überleben¹⁹. Die beginnende Adynamie des Säuglings, welche am 24.–26. November stundenweise bestanden hatte, hatte aber zur Zeit des extrem niedrigen Hämoglobinswerts längst aufgehört.

Im Gegenteil ist trotz dieses äußerst niedrigen Werts das Allgemeinbefinden bei ungestört wirksamer homöopathischer Medikation bedeutend besser als vorher im Krankenhaus, wo sich die Laborwerte infolge der Erythrozytensubstitution im Normbereich befanden. In anderen Worten: Bei dieser extremen Blutarmut hat die homöopathische Therapie eine deutlich stärkere Wirksamkeit gezeigt als die Substitution mit Erythrozyten – und zwar hinsichtlich des Allgemeinbefindens, nicht primär hinsichtlich der Laborwerte.

Der weitere Verlauf

Nach über 2 Monaten guten Befindens beginnt am 5.3.1990 eine fieberhafte Erkältung, die sich zu einer schweren Bronchitis entwickelt. Rektaltemperatur 40,5°, wiederum Eindruck eines schwerkranken Kindes. Angesichts einer zeitweilig bestehenden Nasenflügelatmung scheint mir trotz fehlender auskultatorischer Hinweise eine zentrale Pneumonie nicht ausgeschlossen zu sein.

Die Symptome sprechen wieder für *Phosphorus*:

1. Nasenflügelatmung bei Pneumonie-Verdacht: „nose, motion of wings constant, in pneumonia“.
2. extrem anhänglich: „mind, company, desire“,
3. grünes Erbrechen: „stomach, vomiting, green“,
4. grüne Nasenabsonderung: „nose, discharge, green“,
5. rote Wangen links: „face, red, unilateral, left“ (*Boger-Boenninghausen*²⁰),
6. offener Mund und etwas Speichelfluss im Schlaf: „mouth, open“ und „mouth, salivation, sleep“ mit den Nachträgen bei J. Künzli²¹,
7. schwach im Fieber: „generalities, weakness, during fever“,
8. schläfrig im Fieber: „sleep, sleepiness, during the heat“.

Da im Falle einer Pneumonie speziell *Phosphorus* wegen der Gefahr, eine Hämoptoe auszulösen, nur sehr zurückhaltend und möglichst nur als C 30 verabreicht werden sollte (am besten im sog. „Drei-Glas-Verfahren“ entsprechend Anmerkung zu §248 *Organon*, 6. Auflage), erhält das Kind am 12.3.1990 eine Dosis *Phosphorus* C 30 – mit schönem Erfolg nach 2 ½ Tagen.

Am 18.5.1990 erneut fieberhafter Infekt im Zusammenhang mit einem Zahndurchbruch, dabei grüne Nasenabsonderung („nose, discharge, green“), Hunger im Fieber („stomach, appetite, increased, during fever“) und Trostverlangen („mind, consolation ameliorates“ mit Nachtrag bei H. Barthel²²). Dieser Infekt vergeht ohne Mittelgabe.

Mich erstaunt die rasche Aufeinanderfolge der beiden Infekte und die Schwere der abgelaufenen Bronchitis – ein etwas ungewöhnlicher Fall nach Verabreichung des Simillimums.

Vor dem bald darauf folgenden dritten Infekt komme ich eher zufällig folgendem Sachverhalt auf die Spur: Um die Mittelgabe an den Säugling zu erleichtern, hatten die Eltern die ab Ende November 1989 verabreichten Globuli jeweils auf einen vorher angefeuchteten Baby-Schnuller geklebt und sie mit dessen Hilfe ihrer Tochter in den Mund gesteckt. Nun können aber an Materialien, die mit potenzierten Arzneien in Berührung gekommen sind, Reste der verabreichten Arzneien dauerhaft haften; eine arzneiliche Wirkung wird nicht durch Auskochen, sondern erst durch Sterilisieren mit Temperaturen ab 140° (Grad Celsius) sicher zerstört. Da die in diesem Fall zur Arzneigabe verwendeten Schnuller anschließend nie aus dem Verkehr gezogen wurden, sondern nach wie vor in Benutzung stehen, ist eine unbeabsichtigt ablaufende Arzneimittelpfung wiederum nicht auszuschließen! Erst als sämtliche Babyschnuller und alles Geschirr, in dem diese ausgekocht wurden, entfernt sind und beim nächsten Infekt – einer Otitis media rechts plus Sinubron-

Verabreichte Arzneimittel

(sämtlich: Laboratoire D. Schmidt-Nagel, Genf)

7.11.1989	Phos. C 200
16.11.1989	Phos. C 30
26.11.1989	China C 200
30.11.1989	Sul-ac. C 200
2.12.1989	Lach. C 200
8.-19.12.1989	Phos. Q 1, 1 × täglich

12.3.1990	Phos. C 30
13.6.1990	Phos. C 200
31.10.1990	Phos. C 200

Außer den genannten Arzneimitteln wurde von mir kein anderes Medikament verabreicht.

chitis wiederum mit guten *Phosphorus*-Symptomen – am 13.6.1990 eine erneute Dosis *Phosphorus C 200* verabreicht worden ist, lässt die Infektanfälligkeit nach.

Zur Genese der Erkrankung – Diskussion über mögliche Nebenwirkungen potenziierter Arzneimittel

Dieser Fall demonstriert die potentielle Gefährlichkeit von nicht lege artis eingesetzter homöopathischer Medikation. Es zeigt sich, wie gefährlich, ja lebensgefährlich es für den Patienten sein kann, wenn nach den Prinzipien der Homöopathie potenzierte Heilmittel²³ nicht nach eben denselben Prinzipien lege artis als Einzelmittel verschrieben werden, sondern wenn diese Medikamente gemäß dem völlig anders gearteten Vorgehen der Allopathie nach „bewährten“, d.h. klinischen Indikationen, schematisch und unkontrolliert und gar noch in Kombination eingesetzt werden.

Die Behandlung des 6 Wochen alten Säuglings mit Niederpotenzen von *Silica* und *Mercurius cyanatus* produzierte bereits nach 3–4 Wochen deutliche Arzneisymptome: die Deformation und Tüpfelung des Fingernagels sowie die Ablehnung der Mutterbrust.

Sämtliche Rubriken „extremities, crippled, finger nails“²⁴, „extremities, spotted nails“²⁵ und „stomach, aversion, milk, mother’s“²⁶ enthalten *Silica* im höchsten Grad; in der Rubrik „chest, milk, child refuses mother’s milk“²⁷ hat nach der Erfahrung Künzlis *Silica* wegen seiner klinischen Bedeutung einen Punkt erhalten. D.h. *Silica* ist bei allen 3 neu aufgetretenen Symptomen dieses Kindes das klinisch am häufigsten verifizierte Mittel.

Unter „stomach, aversion, milk, mother’s“ und „chest, milk, child refuses mother’s milk“ findet sich *Mercurius solubilis*, chemisch das Kation im Quecksilbersalz *Mercurius cyanatus* – und zwar unter den wenigen dort vertretenen Mitteln immerhin im 2. Grad. Das bedeutet: Bei diesem Symptom wurde *Mercurius solubilis* ebenfalls häufiger klinisch verifiziert.

Rubriken des Kent’schen Repertoriums²⁷:

- Extremities, crippled, finger nails:
alum., caust., **Graph.**, nit-ac., sabad., sep., **Sil.**, sulph., thuj.
- Extremities, spotted nails:
alum., ars., nit-ac., ph-ac., sep., **Sil.**, sulph., tub.
- Stomach, aversion, milk, mother’s:
ant-c., cina, lach., merc., **Sil.**, stann., stram.
- Chest, milk, child refuses mother’s milk●:
bor., calc., **Calc-p.**, cina, lach., mag., -c., merc., **sil.**●, stann.

Ich denke, dass es legitim ist, in einem solchen Fall für *Mercurius cyanatus* auch das Mittel *Mercurius solubilis* in Betracht zu ziehen. Denn dieses ist im Vergleich zu anderen *Mercurius*-Verbindungen wesentlich besser ausgeprüft, und von diesem Mittel gibt es viel zahlreichere klinische Erfahrungen. Deshalb sollte es als Arbeitshypothese erlaubt sein, von *Mercurius solubilis* vorläufige Schlüsse auch auf andere Quecksilberverbindungen zu ziehen.

Ungeachtet der Alarmzeichen dieser neu aufgetretenen Prüfungssymptome wurde diese Medikation schematisch und immer wieder verabreicht, so dass sich eine gesamte Einnahmedauer von mindestens etwa 50–60 Tagen ergibt; bei 3 täglichen Gaben entspricht dies 150–180 Gaben von jedem der beiden Arzneimittel.

An dieser enormen Anzahl zeigt sich übrigens die Gefährlichkeit der von manchen Ärzten praktizierten häufigen Repetition potenziierter Arzneien. Offensichtlich kann dadurch, ohne dass sich die betreffenden Kollegen dessen bewusst sind, in relativ kurzer Zeit eine sehr große Anzahl von Mittelgaben zustande kommen. Deshalb ist ein Prinzip der klassischen Homöopathie, im Allgemeinen nur eine einzige Dosis einer Centesimal-Potenz zu verabreichen. Was im Akutfall diese eine Gabe ggf. nicht zustande bringt, wird eine Wiederholung derselben Arznei auch nicht erreichen²⁹, sondern nur ein neues, besser gewähltes Mittel. Der Verdacht liegt auf der Hand, dass eine häufige Repetition von Niederpotenzen in vielen Fällen nichts anderes darstellt als eine bloße Unterdrückung³⁰ von Krankheitssymptomen.

Kent schreibt dazu³¹:

„Ist in einer chronischen Krankheit Sulfur das richtige Mittel, so gebe man es. Die Symptome verschwinden darauf, und es geht dem Patienten besser. Von diesem Moment an ist das Mittel nicht mehr homöopathisch; gibt man es trotzdem weiter, wird seine Wirkung nicht mehr homöopathisch sein und damit unerwünscht.(...) Alles was über die Absättigung der Empfänglichkeit hinaus gegeben wird, ist zuviel und tut nicht gut und muß als schädlich angesehen werden.(...) Wenn eine Droge weiter verabreicht wird, nachdem schon genug davon gegeben worden ist, genug zum Ausheilen des ganzen Falles, dann wird der Organismus durch diese unnütze Weiteradministration eventuell mit einer neuen Krankheit imprägniert, welche ganz das Bild einer akuten oder chronischen Krankheit darbieten wird. (...) Sehr empfindliche Organismen werden durch die Wiederholung der Gabe schlimm geschädigt.“

Zu diesen empfindlichen Organismen zählen u.a. Säuglinge und Kleinkinder. Und Hahnemann weist im *Organon* §276 darauf hin, dass starke Dosen und eine gehäufte Repetition umso gefährlicher seien, je größer die Homöopathizität eines Medikaments zum gegebenen Krankheitsfall sei. Dort heißt es u.a.³²:

„Allzu große Gaben einer treffend homöopathisch gewählten Arznei und vorzüglich eine öftere Wiederholung derselben richten in der Regel großes Unglück an. Sie setzen nicht selten den Kranken in Lebensgefahr oder machen doch seine Krankheit unheilbar.“

Auch dies ist ein Hinweis dafür, dass sich die Homöopathie offenbar allergische oder Allergie-ähnliche Prozesse zunutze macht – darauf weist indirekt bereits Kent hin³³ – und dass sich eine korrekte homöopathische Therapie nach den Gesetzmäßigkeiten richten muss, welche für derartige Prozesse gelten und nicht nach den Methoden der schulmedizinischen Pharmakologie, welche sich auf gänzlich andere Wirkprinzipien stützt.

Da bei dem Kind weder aus der Familienanamnese eine erbliche Belastung noch sonst eine Krankheitsursache zu eruieren war, ist davon auszugehen, dass ebenso wie die beschriebenen Arzneimittelsymptome auch die 7 Monate nach Beginn dieser Medikation aufgetretene Aplasie des Knochenmarks eine toxische Folge der Applikation dieser Arzneimittel war. Dieser Vorgang dürfte somit eine unfreiwillige Arzneimittelprüfung bis hin zu organischen Resultaten darstellen: 3–4 Wochen nach Beginn der Medikation die ersten deutlichen Arzneimittelsymptome, 7 Monate später das voll entwickelte organische Leiden. Gleichzeitig kann auf der klinischen Ebene eine Unterdrückung des Milchschorfs stattgefunden haben, welcher auf die Gabe des Simillimums ja auch prompt zweimal wieder erschien.

Sowohl von *Silica* als auch von *Mercurius cyanatus* ist die Möglichkeit der Auslösung eines hämorrhagischen Krankheitsbildes bekannt, wie es ja u.a. eine aplastische Anämie darstellt: „Generalities, haemorrhage“ enthält *Silica* im 2., *Mercurius cyanatus* im 1. und *Mercurius solubilis* sogar im 3. Grad³⁴. In der Arzneimittelprüfung haben *Silica* profuse Epistaxis³⁵, Hämoptoe³⁶, Blutabgang rektal ohne und mit dem Stuhl³⁷ sowie *Mercurius cyanatus* ebenfalls profuses Nasenbluten³⁸ und profuse rektale Hämorrhagie³⁹ ausgelöst. *Mercurius solubilis* zeigte in der Arzneimittelprüfung Epistaxis, lang anhaltende Zahnfleischblutung, profuse Hämoptoe, Hämorrhagie aus der Urethra, Blutabgang mit Auswurf, Stuhl, Urin und Sperma, Metrorrhagie, Hypermenorrhoe und Blutung in der Postmenopause⁴⁰.

Dass sich der toxische Effekt speziell am Erfolgsorgan Knochenmark manifestiert hat, erscheint durch 3 Faktoren besonders verständlich:

1. Die Gewebe eines Säuglings im allgemeinen und des Knochenmarks im besonderen weisen hohe Proliferations- und Mitoseraten auf, wobei gerade die Mitose aufgrund der stattfindenden DNS-Reduplikation gegenüber toxischen Noxen besonders vulnerabel ist.
2. Wie von Cyanid, welches sich leicht mit Hämoglobin zum stabilen Cyanmethämoglobin verbindet, ist auch

von Cyanat, ebenfalls ein Salz der Blausäure, eine spezielle Beeinträchtigung des Hämoglobinstoffwechsels anzunehmen.

3. Vor allem aber sind bei Individuen, deren Simillimum *Phosphorus* ist, wie Arzneimittelprüfungen und die klinische Erfahrung unzählige Male bewiesen haben, das hämatopoetische und das gesamte hämatische System besonders sensitiv.

Nicht umsonst warnt zudem Künzli⁴¹ vor der Verschreibung speziell von *Mercurius solubilis*: *Mercurius* sei ein äußerst gefährliches und nur selten wirklich indiziertes Mittel, mit dem in aller Regel Unterdrückungen statt Heilungen produziert würden. Deshalb müsse auch der erfahrene klassische Homöopath die Indikation für *Mercurius* sehr streng stellen; ein leichtfertiger oder gar routinemäßiger Einsatz dieses Medikaments z.B. bei Anginen sei ausgesprochen gefährlich.

Naturgemäß noch problematischer erscheint die Verabreichung von *Mercurius* und *Mercurius*-Derivaten in Kombinationspräparaten. Da im vorliegenden Krankheitsfall Arzneimittelsymptome ausgelöst wurden, welche beiden verabreichten Arzneien zugehörig sind, ist davon auszugehen, dass nicht nur eine der beiden mineralischen, d.h. als ausgesprochen „tiefenwirksam“ bekannten Arzneien, sondern vor allem das Zusammenwirken eben beider Mittel für das Ausmaß der verursachten organischen Schädigung verantwortlich zu machen ist.

In diesem Fall gelang es deshalb, eine Kausalkette zwischen verabreichter Medikation und neu auftretenden Symptomen des Patienten herzustellen, weil die Spezifität dieser Symptome für die applizierten Arzneien aus Arzneimittelprüfungen bzw. aus der klinischen Erfahrung bereits im Vorhinein bekannt war. Völlig anders verhält es sich mit den Kombinationspräparaten aus mehreren potenzierten Arzneien, deren Wirkungsprofil in keiner Weise wissenschaftlichen Ansprüchen genügend bekannt ist. Wie will man eine Kausalität von Arznei und unerwünschter Wirkung nachweisen, wenn die durch die Arznei induzierbaren Symptome unbekannt sind, weil derartige Kombinationenpräparate nie einer homöopathischen Arzneimittelprüfung unterzogen wurden? Mögliche Nebenwirkungen potenziert Arzneien werden also durch die gleichzeitige Verabreichung mehrerer Mittel weitgehend verschleiert. Während in der Schulmedizin die Erforschung von Arzneimittelinteraktionen überwiegend jüngeren Datums ist und eher noch am Anfang ihrer Entwicklung stehen dürfte⁴², sind Synergismen und Antagonismen gleichzeitig verabreichter potenziert Arzneien gänzlich unerforscht. Dagegen fußt der Einsatz homöopathischer Einzelmittel auf einem äußerst soliden Fundament einer über 180-jährigen Erfahrung aus experimenteller Beobachtung – dem Arzneimittelversuch am Gesunden – und klinischer Praxis. Gründe

der Arzneimittelsicherheit sprechen also beim Einsatz potenziierter Arzneien unbedingt für die Monotherapie.

Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen: **Eine mögliche Gefährdung durch potenzierte Arzneien liegt nicht in diesen Arzneimitteln an sich begründet, sondern in ihrer unsachgemäßen Handhabung.** Um Nebenwirkungen wie im vorliegenden Krankheitsfall zu vermeiden, empfiehlt es sich aus Gründen der Arzneimittelsicherheit, potenzierte Arzneien möglichst genau gemäß den Gesetzmäßigkeiten und Regeln der klassischen Homöopathie zu verschreiben, wie sie für den Umgang mit dieser speziellen Art von Arzneimitteln vor allem von Hahnemann und Kent entdeckt und entwickelt worden sind. **Die wesentliche Gefahr bei der Applikation dieser Medikamente besteht darin, dass sie gemäß den üblichen Gewohnheiten der Allopathie anstatt nach jenen Gesetzmäßigkeiten und Regeln der Homöopathie verordnet werden, z. B.:**

- a) nach klinischen Diagnosen statt nach individuellen Symptomen,
- b) in zu starker Dosierung,
- c) in zu häufig repetierten Dosen, z. B. ohne Einhaltung der Mindestwirkungsdauer von 35 Tagen bei allen Centesimal- und Decimal-Potenzen zwischen 30 und 10000,
- d) in einer Dosierung nach fixen Schemata statt individuell dem Krankheitsfall angepasst,
- e) ohne sorgfältige klinische Verlaufskontrolle anhand der Gesamtheit der Patientensymptomatik oder
- f) in Kombinationen von mehreren potenzierten Arzneimitteln gleichzeitig.

Wenn man sich vergegenwärtigt:

1. dass einerseits die sehr wahrscheinlich iatrogene Genese der Erkrankung im vorliegenden Fall nur aufgrund eher zufälliger Umstände aufgedeckt werden konnte,
 2. in welcher enormer Häufigkeit andererseits Kombinationspräparate potenziierter Arzneien verschrieben bzw. sogar ohne jede ärztliche Verordnung konsumiert werden,
 3. dass nach der Verabreichung dieser Mittel normalerweise nicht im entferntesten eine solch strenge Verlaufskontrolle stattfindet, wie sie in der klassischen Homöopathie üblich ist,
- dann mag man vielleicht errahnen, welche möglichen Ausmaße die Dunkelziffer derartiger pharmakogener Schädigungen einnehmen könnte. Auch wenn die Nebenwirkungsrate der allopathischen Medizin bezogen auf die Gesamtbevölkerung um ganze Größenordnungen höher liegen dürfte als diejenige der potenzierten Arzneien, besteht kein Grund zur Annahme, dass die letztere unerheblich ist.

Zusammenfassung

Zusammenfassend möchte ich folgende These formulieren:

Ähnlich wie in der Therapie mit allopathischen Arzneien lassen sich auch mit potenzierten Arzneien am behandelten Patienten Symptome im Sinne einer Arzneimittelprüfung auslösen. Wird dieser Vorgang nicht rechtzeitig erkannt, kann es in Fortsetzung solch einer unbeabsichtigten Arzneimittelprüfung zu einer Prüfung bis hin zu organischen Resultaten, bis hin zu irreversiblen Arzneimittelschäden kommen.

Um dies zu vermeiden, empfiehlt es sich beim Einsatz potenziierter Arzneien:

1. diese Arzneimittel strikt gemäß den Gesetzmäßigkeiten der klassischen Homöopathie einzusetzen, die Hahnemann und Kent gelehrt haben,
2. die Kontrolle des Therapieverlaufs bei jedem einzelnen Patienten nicht nur anhand der pathognomonischen Symptome durchzuführen, sondern anhand der Totalität der Patientensymptome und schließlich
3. bei jedem im Therapieverlauf neu auftretenden bedeutenden Symptom sich als behandelnder Arzt Rechenschaft darüber abzulegen, was dieses neue Symptom denn bedeutet. Dies ist deshalb wichtig, um notwendige Konsequenzen für die weitere Therapie nicht zu versäumen – um eben z. B. eine unbeabsichtigt ausgelöste Arzneimittelprüfung rechtzeitig zu erkennen und stoppen zu können.

Epikrise – Schlussfolgerungen aus der Therapie dieses Falles

Um ein Optimum an Effizienz bei der homöopathischen Therapie zu erzielen, empfiehlt es sich ebenfalls, sich so genau wie möglich an die Gesetzmäßigkeiten und Regeln der klassischen Homöopathie zu halten. Das zeigt sich am klarsten bei der Behandlung von Fällen mit einer schweren klinischen Pathologie. Denn gerade solche Fälle sind ein entscheidender Prüfstein der Leistungsfähigkeit einer medizinischen Methode. Im vorliegenden Fall war die Frage, ob die Prinzipien homöopathischer Behandlung tatsächlich minutiös eingehalten wurden oder nicht, praktisch identisch mit einer Entscheidung über Leben und Tod der kleinen Patientin.

Der Behandlungsverlauf dieses Falls zeigt die Unmöglichkeit, allopathische und homöopathische Therapie in kritischen Situationen miteinander kombinieren zu können. Es ergibt sich das Paradoxon, dass schulmedizinische Methoden, die gerade zur Abwehr einer unmittelbar vitalen Gefährdung des Patienten gedacht sind, **unter der Bedingung einer lege artis durchgeführten klassisch-homöopathischen Behandlung** in ihr Gegenteil umschlagen und nicht nur den therapeutischen Erfolg überhaupt gefährden, sondern bisweilen sogar zu einer zusätzlichen

akuten Gefährdung des ohnehin sich in Lebensgefahr befindlichen Patienten beitragen.

In diesem Fall haben zu dieser Gefährdung selbst so „harmlose“ Maßnahmen wie Laborblutentnahmen und Gaben von Thrombozyten- und Erythrozytenersatz beigetragen. Aufgrund therapeutischer Maßnahmen der Schulmedizin – Eingriffe, welche sich zum Teil nicht abwehren ließen bzw. die ich aufgrund falsch verstandener Kollegialität toleriert habe – hat sich die erforderliche Behandlungsdauer und damit die Dauer der vitalen Gefährdung der kleinen Patientin um ein Vielfaches in die Länge gezogen und kam es mehrfach und unnötigerweise zu kritischen Situationen. Vor allem hing der Erfolg der Therapie und damit das Schicksal der Patientin wirklich „am seidenen Faden“. Um es klarer zu sagen: Aufgrund der allopathischen Eingriffe war eine Beurteilbarkeit des Behandlungsverlaufs überhaupt nicht mehr gegeben, und ich kam vom heilenden Mittel ab. Aus diesem Grund wäre die kleine Patientin sehr wahrscheinlich nicht mehr zu retten bzw. einer möglicherweise Jahre dauernden, äußerst eingreifenden Behandlung von Knochenmarkstransplantationen etc. mit ungewissem Ausgang ausgesetzt gewesen, wenn mir nicht die kontinuierliche kollegiale Unterstützung meiner Lehrer und deren große therapeutische Erfahrung und Sicherheit zur Seite gestanden hätten.

Auch in diesem Fall hat sich eindrücklich bestätigt, was Kent bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert festgestellt hat⁴³:

„Es gibt Ärzte, die der Meinung sind, man müsse liberal sein, man müsse für den Patienten alle Methoden anwenden, von denen man sich etwas verspreche. Das ist eine gefährliche Falle. (...) So gewiß die Stimme der Symptome erstickt wird, so sicher verdirbt sich damit der Arzt die Möglichkeit, nachher noch das homöopathische Heilmittel zu finden. (...) Alles, was solche Beigaben tun können, sofern sie wirksam sind, ist doch nur Veränderungen am Fall hervorzurufen, die uns die Klarheit über die interne Mittelwirkung verschleiern und uns so in Ungewißheit stürzen. (...) Merken wir uns, nie etwas als Nebenmittel zu unserem sorgfältig gewählten internen Hauptmittel zu geben, das Veränderungen hervorzurufen instande ist.“

Im vorliegenden Fall zeigten sich insbesondere als nachteilig:

1. die Antibiotikagaben,
2. der intravenös verabreichte Vitamin-B₁₂-Stoß,
3. die Gabe von Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentrat,
4. das psychisch traumatisierende Stechen mit der Kanüle zur mehrfach pro Tag erfolgten Laborblutentnahme sowie zur Infusionslegung.

Nach der bereits vor der ersten Mittelgabe durchgeführten Knochenmarksstanze verweigerten die Eltern weitere invasive Maßnahmen, weil

5. die dazu erforderliche Lokalanästhesie ebenfalls einen gewichtigen Störfaktor bedeutet hätte.

Hinzukommt – und das ist ebenfalls entscheidend –, dass natürlich jeglicher Thrombozyten- und Erythrozytenersatz insofern falsch positive Laborwerte zur Folge hat, als die Anzahl körpereigener Thrombo- und Erythrozyten dann nicht mehr feststellbar ist. Damit ist einer seriösen Verlaufskontrolle der homöopathischen Therapie durch Verlust an objektiven Parametern der Boden entzogen. Als wertvolle Hilfe dagegen erwies sich für die klinische Überwachung im Fieberzustand das zeitweilig durchgeführte Puls-Monitoring.

Eindeutig war die Antwort des Organismus auf den Beginn der schulmedizinischen Therapie unmittelbar nach der ersten stationären Aufnahme: Erstmaliges Einsetzen von Teerstühlen und prompter Anstieg des C-reaktiven Proteins – nach den wissenschaftlich strengeren Kriterien der Homöopathie der Beweis, dass keine heilende, sondern eine „anderweitig krankmachende“, also – wie eben der Name sagt – allopathische Medikation eingesetzt worden war.

Sofern die Bedingungen für eine lege artis klassisch-homöopathisch durchgeführte Behandlung gegeben sind, sollte deshalb als Regel für die Behandlung ähnlicher Fälle gelten: so rasch wie möglich Diagnostik an Hand von peripherem Blutbild und Knochenmarksbiopsie, anschließend sofort und vollständig Schluss mit jeglicher Art schulmedizinischer Maßnahmen, stattdessen Konzentrierung auf die rein klinische Beobachtung und absolut ausschließlich homöopathische Therapie! Jeder Kompromiss in dieser Hinsicht – ich hoffe, dies anschaulich dargelegt zu haben – beinhaltet notwendigerweise sowohl das Risiko einer zusätzlichen vitalen Gefährdung des Patienten als auch dasjenige eines Scheiterns der homöopathischen Therapie.

Da es für allopathisch tätige Kollegen trotz größten Wohlwollens und Entgegenkommens schwierig ist, dem klassisch-homöopathisch tätigen Arzt vollkommen freie Hand zu lassen und über eine sorgfältige klinische Beobachtung hinaus „nichts zu tun“, erwies sich auch die Entlassung aus dem Krankenhaus auf eigene Verantwortung und die ambulante Weiterbehandlung als der Weg der Wahl, um einen therapeutischen Erfolg zu erreichen. Außerhalb des Krankenhauses, wo es nicht mehr nötig war, die gutgemeinten Ratschläge der allopathischen Kollegen und die Drangsale der ständigen Laborblutentnahme abzuwehren, war die Atmosphäre sofort viel ruhiger und sämtliche Beteiligten auch in kritischen Situationen viel entspannter. Neben dem psychologischen Aspekt ließ sich unter der Bedingung äußerer Ruhe und Entspannung

auch die jeweilige Wirkung der verschiedenen Mittel viel klarer beurteilen.

Es war übrigens auffällig und deckt sich mit den Erfahrungen anderer Kollegen bei lebensbedrohlichen Fällen, dass auch diejenigen Mittel, die keine Heilung vollbrachten, eine zumindest vorübergehende klinische Besserung und eine gewisse Kräftigung des Organismus zu bewirken schienen. Nach Aussage der Eltern war das Allgemeinbefinden des Kindes unter homöopathischer Behandlung zu jedem Zeitpunkt deutlich besser als bei Ausbruch der Krankheit, bevor die erste Mittelgabe erfolgte. So war insbesondere der robrierende Effekt der Gabe von *China officinalis* eindrucksvoll. Auch wenn eine derartige Ausdrucksweise nicht streng wissenschaftlich sein mag, hatte ich doch den Eindruck einer gewissen „Schutzwirkung“ selbst der nicht-passenden Mittel. Dies kann natürlich daran gelegen haben, dass diese Mittel zwar nicht das Simillimum, aber zumindest Similia dargestellt haben.

Dieser Fall illustriert die Sofortwirkung sowie die typische Abfolge einer Heilung nach Verabreichung des Simillimums. Im Allgemeinen zeigen:

- zeitlich als erste Gesichtsausdruck, Psyche und Schlaf,
- darauf als nächste die für die klinische Pathologie maßgeblichen Symptome und
- schließlich erst ganz zuletzt die Laborwerte eine Heilung des Patienten an.

Während am 21.12.1989 das periphere rote Blutbild noch sehr schlechte Werte aufwies, war das Kind bereits seit 5 Tagen klinisch beschwerdefrei. Solch eine Diskrepanz zwischen klinischem Beschwerdebild und Laborwerten ist in diesem Ausmaß nur unter homöopathischer Behandlung zu beobachten: Nach Verabreichung des Simillimums hinken die Laborwerte der klinischen Besserung fast regelmäßig nach – meist um etwa 2 Wochen.

Die Sofortwirkung nach Verabreichung der homöopathischen Arznei hat bereits Hahnemann in unübertrefflicher Weise beschrieben⁴⁴:

„Unter den Zeichen, die in allen, vorzüglich in den schnell entstandenen (akuten) Krankheiten einen kleinen, nicht jedermann sichtbaren Anfang von Besserung oder Verschlimmerung zeigen, ist der Zustand des Gemüts und des ganzen Benehmens des Kranken das sicherste und einleuchtenste. Im Falle des, auch noch so kleinen Anfangs von Besserung – eine größere Behaglichkeit, eine zunehmende Gelassenheit, Freiheit des Geistes, erhöhter Mut, eine Art wiederkehrender Natürlichkeit. Im Falle des, auch noch so kleinen Anfangs von Verschlimmerung aber, das Gegenteil – ein befangener, unbehilflicher, mehr Mitleid auf sich ziehender Zustand des Gemütes, des Geistes, des ganzen Benehmens und aller Stellungen, Lagen und Verrichtungen, was bei ge-

nauer Aufmerksamkeit sich leicht sehen oder zeigen, nicht aber in Worten beschreiben läßt.“

Der gesamte Behandlungsverlauf illustriert ein weiteres Phänomen von großer praktischer und theoretischer Tragweite, welches sich nur unter klassisch-homöopathischer Therapie beobachten lässt: Verschiedene Krankheiten und ganz unterschiedliche Beschwerden ein- und desselben Patienten können immer wieder ein- und dasselbe Arzneimittel indizieren – unter Umständen ein einziges Mittel das ganze Leben lang; dies ist das Simillimum des Patienten. Benötigen auch akute Erkrankungen – wie im vorliegenden Fall die fieberhaften Bronchitiden – dieses Simillimum, ist dies für den homöopathischen Arzt Beweis, dass es sich bei diesen nicht um „echte“, d.h. um eigenständige akute Erkrankungen handelt, sondern um akute Exacerbationen der chronischen Krankheit dieses Patienten.

Schließlich sei nochmals darauf hingewiesen, dass es im Rahmen der homöopathischen Behandlung galt, bestimmte Fehler zu vermeiden:

1. keine Mittelgabe in Potenzen höher als C 200 wegen pathologischer Veränderungen in einem lebenswichtigen Organ,
2. bis auf eine sorgfältig erwogene Ausnahme keine Repetition einer Centesimal-Potenz innerhalb der Mindestwirkungsdauer von 35 Tagen,
3. keine Überdosierung durch Q-Potenzen. 10 Tage lang täglich eine Gabe *Phosphorus* Q1 sind in solch einem Fall nach Künzli⁴⁵ vollauf genügend.

Ein Verstoß gegen diese Regeln hätte Arzneisymptome produzieren, d.h. profuse Blutungen auslösen können, die unter Umständen keine Medizin hätte mehr kupieren können.

Andererseits hätte eine unmittelbar kritische Situation, z.B. bei einer profusen Hämorrhagie, nach Aussage Dr. Künzli eine häufigere Applikation von Q-Potenzen erfordert, maximal jeweils alle 10–5 Minuten eine neue Gabe⁴⁶.

Mehr als zwei Jahrzehnte später

Die kleine Patientin stand knapp 10 Jahre lang weiter in meiner homöopathischen Behandlung und ist nie wieder schwer erkrankt. Mehr als ein weiteres Jahrzehnt später kommt sie am 5. August 2011 – inzwischen ist sie eine 22-jährige junge Frau – wegen seit kurzem bestehender Herzrhythmusstörungen, und zwar einer Kombination aus Extrasystolie und rezidivierender Tachykardie, erneut zur Konsultation.

Das Symptomenbild indiziert eindeutig wiederum *Phosphorus* – eine Symptomenauswahl:

1. starkes Verlangen nach Zuwendung und Trost: „mind, consolation, amel.“,
2. Weinen erleichtert sehr: „mind, weeping, amel.“,
3. extrem viele und große blaue Flecke: „skin, discoloration, bluish, spots“,
4. Verlangen nach Fisch und Salz: „generalities, food and drinks, fish, desire“ und „salt, desire“,
5. Nikotinabusus: „generalities, tobacco, desire for tobacco“,
6. Herzklopfen, Hinlegen verschlechtert.

Auf *Phosphorus* C 1000, noch in dieser Konsultation eingenommen, geht es ihr sofort besser, und nach 6 Tagen sind alle Herzrhythmusstörungen für immer verschwunden. Ab dem 22. Tag gibt es etwa 10 Tage lang ein Dutzend spontan aufgetretener blauer Flecke an beiden Beinen⁴⁷. Gesamthaft geht es der Patientin monatelang sehr gut. 11 Monate später wurde die Mittelgabe wegen dysmenorrhoeischer Beschwerden repetiert.

Die homöopathische Behandlung wurde seither nicht mehr fortgeführt. Jetzt, im Jahr 2018, wurde die nunmehr 29-jährige Frau von ihrem ersten Kind, einem gesunden

Jungen, entbunden. Sie selbst erfreut sich bester Gesundheit. Die Neigung zu spontan auftretenden Ekchymosen ist allerdings nie vollständig vergangen, sodass eine homöopathische Therapie mit Einzelgaben in größeren zeitlichen Abständen weiterhin indiziert erscheint.

Danksagung

Die hier beschriebene Behandlung ist Frucht einer intensiven Teamarbeit gewesen. Für seinen profunden kinderärztlichen Rat und für seinen nicht hoch genug zu schätzenden Einsatz danke ich dem Kinderhämatologen, Herrn Prof. Dr. Hans-Ulrich Schwenk, langjähriger Chefarzt der Kinderklinik Konstanz, und für ihre Hilfe bei der homöopathischen Therapie meinen beiden Lehrern, Drs. Jost Künzli von Fimmelsberg (1915–1992), St. Gallen, und Dario Spinedi, Orselina bei Locarno. Ohne den Einsatz und die Unterstützung durch diese 3 äußerst erfahrenen Ärzte wäre diese Behandlung niemals gelungen.⁴⁸

Online zu finden unter:

<http://dx.doi.org/10.1055/a-0665-7753>

•• Anmerkungen

1 Vortrag, gehalten auf dem 45. Kongress der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis, Köln, am 8. Mai 1991, Proceedings, Band II, S. 55–75.

In französischer Übersetzung: Atmandjan A (ed.): *Compte rendu selectionné – 46ème Congrès Ligue Medicale Homoeopathique Internationale*, Cologne 6–11 Mai 1991. Paris, 1991, 22–46, sowie in: *Groupement Hahnemannien du Docteur Pierre Schmidt*, 30 (1993), 378–398.

2 Der Begriff „Arzneimittelsymptome“ bezeichnet spezifische Symptome eines Arzneimittels, welche durch mehrfach verabreichte Dosen hervorgerufen werden – entweder im Rahmen einer homöopathischen Arzneimittelprüfung beim gesunden Menschen oder durch zu häufige Repetition bei der Behandlung eines Patienten.

3 Der landläufig verwandte Begriff „homöopathische Medikamente“ ist nicht korrekt. Nach der klaren Definition Kents verdient ein Mittel dann die Bezeichnung „homöopathisch“, wenn es „seine heilende Wirkung am Patienten bewies, nachdem es der Simileregeln gemäß verschrieben worden“ ist. Kent JT: *Zur Theorie der Homöopathie*. Deutsche Bearbeitung Künzli J. 4. Aufl. Heidelberg: Haug; 1996, S. 336.

4 Alle Temperaturangaben bezeichnen die Rektaltemperatur.

5 Nach der Methode der Flowzytochemie, Abteilung für Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, Universitätsklinikum Steglitz, Berlin.

6 Symptome mit Angabe der entsprechenden Rubrik des Kentschen Repertoriums.

7 Nach Künzli J: *Kent's Repertorium Generale*, English Edition. Berg am Starnberger See: Barthel & Barthel; 1987, S. 451 f.

8 Wie wird die homöopathische Arznei *Phosphorus* in diesem Fall bestimmt? Die ersten beiden der genannten 4 Rubriken im Kentschen Repertorium mit ihren verzeichneten homöopathischen Arzneien lauten: 1. „generalities, haemorrhage, from orifices of the body“: Aran., **Both.**, chin., **Crot-h.**, elaps, ip., lach., **Phos.**, sul-ac. 2. „skin, eruptions, petechiae“: Apoc., am., Ars., aur-m., bapt., bell., berb., Bry., camph., canth., con., crot-h., cupr., dulc., eup-per., hyos., lach., led., nat-m., nux-v., phel., ph-ac., **Phos.**, **Rhus-t.**, ruta, sec. sil., squil., stram., sul-ac., ter. Wenn man die Arzneien der dargestellten beiden Rubriken des Kentschen Repertoriums vergleicht, lässt sich erkennen, dass 4 Heilmittel diesen beiden Rubriken gemeinsam sind – sie sind in dieser Aufzählung grau hinterlegt –, nämlich: *Crotalus horridus*, *Lachesis*, *Phosphorus* und *Acidum sulfuricum*. D.h. diese 4 Heilmittel bilden die gemeinsame Schnittmenge aus den Arzneien dieser beiden Ru-

briken. Dies besagt, dass diese 4 Arzneien beide Symptome – Blutung aus allen Körperöffnungen, „generalities, haemorrhage, from orifices of the body“, und Petechien, „skin, eruptions, petechiae“ – in ihrem Symptomenbild aufweisen. Studiert man in ähnlicher Weise nun auch noch die dritte und die vierte Rubrik – grüner Stuhl, „stool, green“, und durstlos im Fieber, „stomach, thirstless, during heat“ –, bleibt von den zunächst ermittelten 4 Heilmitteln allein *Phosphorus* übrig. In anderen Worten: Die gemeinsame Schnittmenge aus den Arzneien aller 4 Rubriken bildet allein *Phosphorus*. *Phosphorus* ist also die einzige homöopathische Arznei, von der bekannt ist, dass sie sämtliche der genannten 4 Symptome sowohl auslösen als auch heilen kann.

9 Nach Künzli J: *ibid.*, S. 367.

10 Nach Künzli J: *ibid.*, S. 451 f.

11 Barthel H: *Synthetisches Repertorium*. Bd. I: Gemütsymptome. 2. Aufl., Heidelberg: Haug; 1978, S. 904.

12 „The blood ... looks like charred straw or becomes black.“ in: Kent JT, *Lectures on Homoeopathic Materia Medica*. Indian Edition, New Delhi, p. 627.

13 Klunker W: *Synthetisches Repertorium*. Bd. III: Schlaf, Träume, Sexualität. 2. Aufl., Heidelberg: Haug; 1982, S. 22.

14 Statt des im deutschen Sprachraum häufig benutzten Begriffs „LM-Potenz“, welcher zu Verwechslungen mit der Potenz C_{LM} Anlass gibt, lautet die korrekte Bezeichnung

„Q-Potenz“. Dies ist die Abkürzung für „Quinquagintamillesimal-Potenz“.

15 Dies wird erläutert z. B. in Künzli J: Die Quinquagintamillesimalpotenzen. ZKH 1960; (4): 52f.

16 Das nach seinem Entdecker Constantin Hering benannte 3. Heringsche Gesetz besagt, dass es Zeichen einer Heilung ist, wenn die Beschwerden beim Kranken in der umgekehrten Reihenfolge ihres ursprünglichen Auftretens verschwinden.

17 In Kent JT: Zur Theorie ..., ibid., S. 21.

18 Thomas C: Labor und Diagnose. 3. Aufl., Marburg: Medizinische Verlagsgesellschaft; 1988.

19 Laut mündlicher Mitteilung des mitbetreuenden Kinderhämatoologen Prof. Dr. Hans-Ulrich Schwenk.

20 Boger CM: Boenninghausen's Characteristics and Repertory. Indian edition, New Delhi, p. 400.

21 Nach Künzli J: Kent's Repertorium Generale, ibid., S. 354.

22 Barthel H, ibid., S. 181.

23 In diesem speziellen Fall handelt es sich um Arzneien der Fa. Weleda, welche nicht entsprechend dem Organon Hahnemanns, sondern nach einem abgewandelten Verfahren hergestellt werden.

24 Künzli J, ibid., S. 819.

25 Künzli J, ibid., S. 985.

26 Künzli J, ibid., S. 412.

27 Künzli J, ibid., S. 707.

28 S. auch Künzli J, ibid., S. 707.

29 Mögliche, aber ausgesprochen seltene Ausnahmen s. Hahnemann S: Organon der Heilkunst. Textkritische Ausgabe der 6. Auflage, Bearb. Schmidt JM, Heidelberg: Haug; 1992, § 251, S. 204.

30 Diesen Begriff definiert Elisabeth Wright-Hubbard: „Unterdrückung bedeutet, daß man die Manifestation einer Krankheit zum Verschwinden bringt, bevor die Krankheit selbst geheilt ist.“

Wright-Hubbard E: Kurzlehrgang der Homöopathie. Berg am Starnberger See: Organon-Verlag; 1983, S. 118.

31 Kent JT: Zur Theorie ..., ibid., S. 164 und 180f.

32 Hahnemann S: Organon ..., ibid., § 276, S. 222f.

33 „In ihrem Rohzustand absolut harmlose Mineralsubstanzen können potenziert richtig giftig wirken, wenn sie auf einen überempfindlichen Patienten einwirken. Es gibt Leute, welche ungestraft ein Glas Milch trinken können, es nährt sie, aber ein Tropfen Milch, hochpotenziert und über die Homöopathizität hinaus repetiert, kann einen Krankheitszustand (einen allergi-

schen Zustand) bei ihnen hervorrufen, welcher jahrelang andauert.“ Kent JT: Zur Theorie..., ibid., S. 152.

34 Künzli J, ibid., S. 1126;

Barthel H: Synthetisches Repertorium. Bd. 2: Allgemeinsymptome. 2. Aufl. Heidelberg: Haug; 1978, S. 289;

Clarke JH: Dictionary of Practical Materia Medica, vol. 2. 2nd Indian edition, New Delhi 1982, p. 466.

35 Allen TF: Encyclopedia of Pure Materia Medica. Indian edition, New Delhi 1988, vol. 9, p. 10 (symptom No. 438–443); Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten. Bd. 5. 2. Aufl., Düsseldorf: Schaub; 1839, S. 255 (Symptome Nr. 246–250).

36 Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten, ibid., Bd. 5. S. 271 (Symptome Nr. 689, 690).

37 Hahnemann S: Die chronischen Krankheiten, ibid., Bd. 5. S. 265 (Symptome Nr. 521–523).

38 Moose, Virchow's Archiv, 1864, zit. nach Allen TF: ibid., vol. 6, p. 264 (symptom No. 13).

39 Simon L, Bull. d. l. Soc. Mod. Hom. de France, 1863, S. 340, zit. nach Allen TF: ibid., vol. 6, p. 265 (symptom No. 62).

40 Hahnemann H: Reine Arzneimittellehre, Ausgabe letzter Hand. Bd. 1, S. 367 (Symptome Nr. 210–214), S. 370 (Symptom Nr. 259), S. 392 (Symptome Nr. 721–724), S. 384–390 (Symptome Nr. 554, 565, 566, 576, 581, 582, 617–619, 630, 674, 692–695).

41 Wiederholte mündliche Mitteilung, u. a. im Rahmen der Vorlesung Künzli an der Universität Zürich.

42 Zu berücksichtigen ist, dass diese Aussage aus dem Jahr 1991 stammt.

43 Kent JT: Zur Theorie ..., ibid., S. 184.

44 Hahnemann S: Organon..., ibid., § 253, S. 204.

45 Mündliche Mitteilung.

46 Künzli bezüglich Verabreichung von Q-Potenzen: „Bei chronischen Krankheiten genügt etwa jeden Abend 1 Gabe. Bei sehr schweren, akuten Krankheiten kann bis zu alle 5 Minuten eine Gabe nötig sein.“ Künzli J: Die Q-Potenzen-Story. Skript der Jahreshauptversammlung des Vereins Homöopathischer Ärzte Nordrhein/Westfalen e. V., 27.1.1990, S. 41.

47 Diese Abfolge von Symptomen – zuerst heilen die Herzrhythmusstörungen, dann die Ekchymosen an den Beinen – entspricht allen 3 Heringschen Gesetzen: von oben nach unten, von innen nach außen und in umgekehrter Reihenfolge ihres ursprünglichen Auftretens.

48 Stellungnahmen zur vorliegenden Arbeit

Alle 3 Ärzte, deren Stellungnahme hier wiedergegeben wird, haben sich 1990–1992 sehr für die Publikation der vorliegenden Arbeit eingesetzt.

„Lieber Dr. Thomas, die Arbeit ist ganz ausgezeichnet. Kein einziges Wort kann gestrichen werden. Das Ganze ist in vielfacher Hinsicht ein **Modellfall**.

Die Arbeit wird in den Kongressakten in extenso abgedruckt. Aber als Vortrag ist sie zu lang. Dem können Sie aber folgendermaßen beikommen: Sie müssen die Sache nur total umkrempeln, d. h. die Rosinen gleich zuerst bringen, nicht erst am Schluss. Denn die Rosinen dürfen auf keinen Fall durch die 20-Minuten-Grenze geköpft werden.

Ich schlage also vor, Sie beginnen folgendermaßen:

„Die Heilung einer Aplasie des Knochenmarks bei einem 9-monatigen Mädchen durch Phosphor. Es handelt sich in mancherlei Hinsicht um einen Modellfall.

Und zwar weil

1. Schaden ungeeigneter Therapie mit homöop. Präparaten

Merc. cy. D6 und Sil. D6 über lange Zeiträume und ganz unindiziert

2. Allopathie neben Homöopathie ungünstig

3. Homöopathie allein glänzend“

Also Ihre Epikrise von zuhinterst einfach zuerst bringen.

Und **langsam** und sehr deutlich lesen.

Wenn die Epikrise verlesen ist, dann beginnen Sie die Fallschilderung vorzulesen, wörtlich – nichts auslassen.

Dann auf einmal kommt die Guillotine der 20 Minuten. Nun können Sie sofort stoppen und sagen: „Den weiteren Verlauf können Sie in den Kongressakten nachlesen. Ein paar Gaben Phos. Q1 heilten und so ist es bis heute geblieben.“

Also einfach so weit lesen, bis man Sie stoppt, dann diese paar Schlussworte.

Lieber Dr. Thomas,

ich möchte nicht, dass dieser Fall in den Kongressakten vergraben wird. Er muss in einer Zeitschrift erscheinen. (...)

Ich möchte den Fall jedem einzelnen hom.

Arzt in der ganzen Welt als Modellfall in die Hand drücken. Er kann auch Modellfall für eine einstige Rezeptierpflicht für die hom.

Mittel abgeben. Da bin ich schon immer dafür gewesen.

Beste Grüße

Künzli“

Dr. med. Jost Künzli von Fimmelsberg (1915–1992), in einem Schreiben vom 26.9.1990 an den Verfasser.

„Sehr geehrter Herr Kollege (...), der Kollege Christoph Thomas aus Konstanz teilte mir kürzlich mit, daß er seinen kasuistischen Beitrag über die homöopathische Behandlung eines Kindes mit einer aplastischen

Anämie' Ihrer Zeitschrift zur Publikation vorgelegt habe, und gab mir gleichzeitig Einblick in den diesbezüglichen Schriftwechsel mit Ihnen und Herrn Dr. (...).

Wie Sie aus dem Brief von Herrn Thomas an Sie vom 02.12.91 wissen, habe ich dessen Ihnen jetzt vorliegenden Beitrag vor einiger Zeit gelesen und versucht, ihn in einer medizinischen Zeitschrift unterzubringen. Das Mißlingen dieses Versuchs war für mich eine enttäuschende Erfahrung. Ich finde die Arbeit von Herrn Thomas ausgezeichnet, vor allem wegen ihrer guten Didaktik und den begründeten Angaben über die Wahl der verwendeten homöopathischen Arzneien und deren Verdünnung. Die Thomas'schen Ausführungen vermitteln uns einen Einblick in die der Homöopathie zugrunde liegenden Theorien und Überlegungen und überzeugen durch den großen Ernst und ihre Gewissenhaftigkeit. Auch wenn es dem ‚Allopathen‘ nicht immer leicht fällt, den detaillierten Überlegungen des Autors oder den Theorien der Homöopathie zu folgen, so können wir uns ihnen doch nicht einfach entziehen oder sie als unlogisch abtun. Zu zahlreich sind ihre Anhänger und ihre therapeutischen Erfolge. Wir ‚Schulmediziner‘ sollten den Dialog mit den homöopathischen Ärzten suchen und diesen ‚sine ira et studio‘ führen. Dazu ist es aber notwendig, daß wir seriösen Homöopathen den Zugang zu unseren wissenschaftlichen Zeitschriften öffnen. Die gute Kasuistik, die ja ohnehin die Basis aller wissenschaftlichen Bemühungen in der Medizin ist, könnte zur Grundlage ernsthafter Diskussionen werden. Den Verweis der Redaktion einer wissenschaftlich-medizinischen Zeitschrift auf die bessere Platzierung der Thomas'schen Arbeit in einer homöopathischen Zeitschrift empfinde ich daher als wenig hilfreich. Auf diese Weise erfahren ‚Schulmediziner‘ nichts Ernsthaftes über das Wirken der Homöopathen und die Ergebnisse ihres Tuns. Dadurch werden die bekannten Vorurteile unterstützt und

Dr. med. Christoph Thomas
Raiffeisenstr. 12
78465 Konstanz
christoph-thomas@web.de



Christoph Thomas

Arzt für Allgemeinmedizin, Jg. 1948, homöopathische Ausbildung bei Drs. Jost Künzli und Dario Spinedi, seit 1987 als homöopathischer Arzt in Konstanz privatärztlich niedergelassen. 1993–2005 homöopathische Seminartätigkeit, Aufbau eines „Künzli-Archivs“, Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft Dr. Künzli“ zur Erstellung von Publikationen auf der Website „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 ausgezeichnet ergänzt.

wird der fällige Dialog unterbunden. Diese Überlegungen haben mich ermutigt, diesen Brief heute an Sie, sehr geehrter Herr (...) zu schreiben, um die Waagschale Ihrer Überlegungen vielleicht doch zugunsten der Arbeit von Herrn Thomas zu beeinflussen. Bei kritischer Bewertung meines eigenen Fachgebiets (Hämatologie und Onkologie) kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, daß auch die ‚Schulmedizin‘ kein in sich geschlossenes, logisches System ist und daß auch sie durch den Dialog mit anderen, auch unkonventionellen Heilverfahren zusätzlichen Nutzen ziehen könnte! Mit freundlichem Gruß
Ihr H. Begemann“

Prof. Dr. med. Herbert Begemann (1917 – 1994), Arzt für Innere Medizin und Hämatologie, St. Peter im Schwarzwald, in einem Schreiben vom 9.12.1991 an den Herausgeber einer wissenschaftlichen Ärztezeitschrift.

„Ich fand die Lektüre unglaublich packend und aufschlußreich. Ich fände es sehr schade, wenn diese akribische, engagierte und hingen-

bungsvolle Schilderung nicht veröffentlicht würde, und werde mir Mühe geben, sie zumindest für pädiatrische Kollegen zugänglich zu machen. (...) Ich bin über Ihre Fallstudie ganz froh, da nach meinem Verständnis sich dabei soviel originär ärztliches Wirken und ärztliche Ethik zeigt, eine Einstellung, die offenbar vielen unserer Kollegen in ihrer zwar wissenschaftlich korrekten, aber z.T. unmenschlichen Ausübung des Berufes verloren gegangen ist. Auch das von anderen vorgenommene ‚Gemuschel‘ in Diagnostik, oberflächlicher Beobachtung und ‚Schrotflinten-therapie‘ stört mich gewaltig, ja entsetzt mich immer wieder. Ich bin Ihnen für die Demonstration subtilen, einfühlsamen ärztlichen Handelns sehr dankbar. (...) Ich habe den Eindruck, daß mich diese Kasuistik und überhaupt der homöopathische Ansatz noch lange beschäftigen werden.“

Dr. med. Rüdiger Lorentzen, Kinderarzt, Hannover, seinerzeit Mitglied im Ausschuss „Kind und Umwelt“ des Berufsverbandes der Kinderärzte Deutschlands, Auszüge aus 2 Briefen vom 3.11.1991 und vom 30.11.1991 an den Verfasser.