



Eckart von Seherr-Thohs

C.M. Bogers *General Analysis* bei akuten und chronischen Fällen in der täglichen Praxis – Teil II

Seit vielen Jahren sind mir C.M. Bogers Ansatz der Fallanalyse und seine kleinen Repertorien *General Analysis* (GA) und *Synoptic Key* (SK), sowie S.R. Phaktas *Homöopathisches Repertorium* eine wertvolle Hilfe in der täglichen Praxis – und das nicht nur bei akuten, sondern auch bei schweren chronischen Fällen. In diesem Artikel möchte ich einige Fälle wiedergeben, die entweder gleich nach Boger analysiert wurden oder bei denen ein Wechsel der Methodik der Fallanalyse hin zur Boger'schen Fallanalyse (und damit der Betrachtungsperspektive auf das Charakteristische des Falles) zum heilenden Mittel führte.

Fallbeispiele nach Boger

Achillessehnenreizung

Fall: 26-jährige Frau

Erstanamnese 14.05.2009:

Leistungssportlerin (Leichtathletik, Hürdenläuferin), hat seit dem Wintertraining in der Halle stechende Schmerzen in beiden Fersen, die sich in die hintere Wade hinein erstrecken. Kann inzwischen kaum noch schmerzfrei auftreten. Training ist nicht mehr möglich. Sie hat beobachtet, dass die Schmerzen sich noch stärker zeigen, wenn sie sitzt oder die Füße hochlegt.

Diagnose des Orthopäden: Reizung des Achillessehnenansatzes. Eine Stoßwellentherapie brachte keine Besserung.

Als Jugendliche und junge Frau hatte sie, in für sie brenzligen Situationen, ein Globusgefühl im Hals, das immer mal wieder auftrat und für mehrere Tage anhielt, jetzt aber schon seit drei Jahren nicht mehr. Schilddrüse o.B.

Vor allem vor Klausuren hat sie das Gefühl, einen Stein in der Magengegend zu haben.

Häufige Stimmungswechsel, sehr launisch. Die Stimmungswechsel sind vor allem um die Menses herum deutlich ausgeprägter. Als Kind rezidivierende Otitiden und Tonsillitiden. Braucht immer viel Bewegung, auch um sich abzureagieren, ist früher oft umgeknickt, hatte eine Schwäche der Fußgelenke, die sich erst durch den Leistungssport besserte. Jetzt stehen Wettkämpfe und die Landesmeisterschaft an, die sie gern bestreiten würde.

Fallanalyse

Es gibt kaum verwertbare Symptome. Ein Weg ist es, die anatomische Wirkungsrichtung durch die Rubrik/Karte **Achillessehne** repertorial abzubilden und die darin enthaltenen Mittel über die AML zu differenzieren. Evtl. könnte noch die Rubrik/Karte **Kugel, Klumpen, Knoten, Globus, etc.** zur Verankerung des Mittels in der persönlichen Krankenbiographie herangezogen werden.

- **GA 6 Achillessehne**

Anac. Berb. *Caust.* Kali-bi. Merc. Mur-ac. Sabin. *Sep.* Valer. Zinc.

und zur Verankerung in der Krankenbiographie (Globusgefühl Hals, Stein in Magengegend):

- **GA 161 Kugel, Klumpen, Knoten, Globus, etc.**
Arn. *Asaf.* *Aur.* *Bry.* *Cham.* *Con.* *Gels.* **Ign.** *Kali-c.* *Lac-c.* **Lach.** *Nat-m.* *Nat-p.* *Nit-ac.* *Nux-m.* *Nux-v.* *Phos.* *Puls.* *Rhus-t.* *Sep.* *Valer.* *Zinc.*

Folgende Mittel finden sich in beiden Rubriken: *Sep.*, *Valer.*, *Zinc.*

Die weitere Differenzierung erfolgt über die AML:

Rückert, E.F., *Systematische Darstellung der homöopathischen Arzneien*, Bd. 2, Krankheitserscheinungen an den unteren Extremitäten, einfach stechende Schmerzen, in den Füßen und Zehen:

- *Sepia*: Stechender Schmerz in der Fußsohle, sie kann kaum gehen; auch beim Befühlen schmerzt die Sohle. In der linken Fußsohle, Stechen selbst im Sitzen.
- *Zincum*: Durchdringendes Stechen in den Schienbeinen und Fußballen.
- *Valeriana*: Anhaltendes Stechen gleich über dem linken Fußknöchel an der Achillessehne. Im Sitzen, Stechen und Wehtun der Fersen.

Valeriana in der AML

Plötzlicher Wechsel der Gemütszustände und Symptome (bg3.de), Globusgefühl (bg3.de). Bewegungsdrang, Schwäche einzelner Teile (bg3.de).

Ziehen und Schmerzen entlang der Achillessehne zu den Fersen, als ob dieser Teil alle Kraft verloren hätte, beim Sitzen; verschwindet beim Aufstehen vom Sitzen. (hr1.de) II Ständiger Schmerz in den Fersen. (hr1.de) Fersen beständig schmerzhaft, auch bes. (r.) im Sitzen. (j7.de)

Verordnung

→ **Valeriana C 200**, 3 Globuli (Gudjons), gelöst in 30 ml Alkohol-Wasser-Gemisch. Nach 10-maligem Schütteln täglich 3 Tropfen auf 200 ml Wasser, davon morgens und abends je 2 Teelöffel einnehmen. Die Lösung ist täglich neu anzusetzen.

Verlauf

Nach vier Wochen Einnahme sind die Fersenschmerzen völlig verschwunden und sie kann wieder trainieren und an Wettkämpfen teilnehmen.

Nachbeobachtungszeit drei Jahre. Sie hat das Mittel

immer mal wieder in großen Abständen genommen. Das Globusgefühl im Hals und die Empfindung eines Steins in der Magengegend sind nicht wieder aufgetreten. Die Stimmungsschwankungen sind nur noch selten vorhanden und deutlich abgemildert.

Akuter depressiver Zustand

Fall: 59-jährige Frau

Erstanamnese 12.10.2010:

Vor einem Jahr verunglückte ihr Mann tödlich. Seitdem ist sie schwer depressiv. Kann sich den ganzen Tag zu nichts aufraffen. „Bringt doch eh nichts, alles geht doch schief“, „Unter jedem Dach ein Ach“ sind Sätze, die sie während der Anamnese mehrfach wiederholt. Sieht alles schwarz und sehr negativ. Ihre Wohnung ist ein einziges Chaos. Die sonst sehr ordentliche, ja pingelige Frau sieht völlig verwahrlost aus, ist gleichgültig gegenüber ihrem Äußeren und dem Zustand ihrer Wohnung. Lehnt die Antidepressiva ihres Arztes ab. Ihre Tochter hat oft den Eindruck, dass wenn sie etwas sagt, ihre Mutter zwar akustisch alles hört, doch im Kopf kommt es anscheinend nicht richtig an. Immer wieder Seufzen. Zupft dauernd an etwas herum, während ihr Blick ins Leere geht. Erst auf mehrfache Ansprache reagiert sie dann.

Körperlich fällt lediglich ein langsamer Puls auf (meist so zwischen 50 und 60), der vorher nie aufgefallen ist, obwohl sie regelmäßig zum Check-up ging und der sich wahrscheinlich erst mit der Depression entwickelte.

Fallanalyse

Um die Folgen der Depression (Apathie, Gleichgültigkeit gegen ihr Äußeres und den Zustand der Wohnung, die geistige Stumpfheit und, dass sie mehrmals angesprochen werden muss, damit sie reagiert) repertorial abzubilden, bietet sich die Rubrik/Karte **Untätig, apathisch, lethargisch, liegt nieder** an.

Mit der Rubrik/Karte **Düstere, dunkle, schwärzliche Farbe** ist, auf den ersten Blick, eher die Farbe von Absonderungen oder das Hautkolorit gemeint. Ein AML-Studium der in der Rubrik enthaltenen Mittel rechtfertigt aber durchaus die Übertragung in den Geistes- und Gemütsbereich (siehe dazu auch den Vortrag von Jens Ahlbrecht „Die Sprache der Gene-

ralisierung“, veröffentlicht in *Die Homöopathie C.M. Bogers, Grundlagen und Praxis*, Bd. 2).

- **GA 305 Untätig, apathisch, lethargisch, liegt nieder**
Ail. Ant-t. Arn. Ars. Bapt. Calc. Carb-v. Caust. Chin, Gels. Hell. Nux-v. Olnd. **Op. Phos. Ph-ac.** Psor. **Sep. Stram. Sulph.** Zinc.
- **GA 56 Düstere, dunkle, schwärzliche Farbe**
Ail. Ant-t. Ars. **Bapt.** Crot-h. Gels. Hell. Lach. Nit-ac. Nux-v. **Op. Sec.**
- **GA 214 Puls, langsam**
Agar. Bapt. Cann. Dig. Gels. Hell. Kali-n. Kalm. Mur-ac. **Op. Sec. Spig. Stram. Verat. Verat-v.**

Verbleiben folgende Mittel: Bapt., Gels., Hell. und Op.

Verordnung

→ **Helleborus niger 1 M**, 3 Globuli, gelöst in 30 ml Alkohol-Wasser-Gemisch. Nach 10-maligem Schütteln täglich 3 Tropfen auf 12 Esslöffel Wasser, davon morgens und abends 2 Teelöffel einnehmen. Die Lösung ist täglich neu anzusetzen.

Helleborus in der AML

Allmählicher Beginn, mit fortschreitender Schwäche, **stumpfen Sinnen und trägen Reaktionen**. Automatische Bewegungen. **Stupide, stumpf, apathisch.** (bg3.de)

II Gedankenloses Starren (hr1.de). **I** Zupft ständig an seinen Lippen und seiner Kleidung (hr1.de). **II** Unwillkürliches Seufzen (hr1.de). **II** Gleichgültig (hr1.de). **II** Schwermut; stille (hr1.de). Puls langsam, schwankt zwischen 30 und 50, klein (a2). Apathie und Gleichgültigkeit (mrr1).

Verlauf

Innerhalb von vier Wochen besserte sich der gesamte Zustand der Frau. Die Depression und Gleichgültigkeit sind völlig verschwunden. Zum Termin kommt sie gut gekleidet, wacher, mit klarem Blick, geistig voll orientiert und munter. Sie sagt, sie war in einem Zustand, als wäre sie lebendig tot gewesen, wie eine „Untote“. Das Erstaunliche für mich ist, dass auch die Pulsfrequenz nun bei 70 liegt. Keine weitere Medikation. Nachbeobachtungszeit bis heute.

Pseudokrupperfall

Fall: 8-jähriger Junge

Oktober 2009:

Junge, 8 Jahre, akuter Pseudokrupper-Anfall (Hausbesuch, nachts 23.00 Uhr).

Hustet heftig, dabei Erstickungsanfälle, festsitzender Schleim in den Atemwegen. Blasses Gesicht, erweiterte Pupillen, blaue Ränder um die Augen und leicht bläulich-weiß um den Mund herum, dabei kalter Schweiß auf der Stirn. Deutlich > in Bauchlage. Aus dem linken Nasenloch rinnt etwas Blut. Das Kind ist sehr ängstlich und unruhig, die Eltern sind panisch und sehr besorgt.

Fallanalyse

Für mich ist die Besserung in Bauchlage, das Symptomenelement, welches die zentrale Charakteristik des Falles in Sinne des § 153 *Organon* am besten widerspiegelt:

- **GA 174 Liegen, Bauch, auf dem, Amel.**
Bell. Calc-p. Chel. Cina. Coloc. Elaps. Eup-per. Lach. Lept. Med. Nit-ac. Paris. Phos. Podo. Sep. Stann.

Cina in der AML

Erweiterte Pupillen (bg3.de). Dunkle Ringe um die Augen (bg3.de). Bläulichweiß um den Mund (bg3.de).

I Pupillen erweitert (h1.de). Blasses, kaltes Gesicht mit kaltem Schweiß (hr1.de). **I** Dunkle Ringe um die Augen (hr1.de). **II** Weiß und bläulich um den Mund (hr1.de)

Bönninghausen bei Keuchhusten: Vor dem Anfall: Blaue Ränder um die Augen. Viel Schleim in der Luftröhre, mit Heiserkeit. Bei dem Anfall: Bewusstlosigkeit. Augentränen. Erweiterte Pupillen. Gesichtsbässe. Kalter Stirnschweiß. Bluten aus Mund und Nase. Athemmangel. Atemversetzung. Erstickungsanfälle. (b10.de)

Verordnung

→ **Cina C 200** (Gudjons), 3 Glob. in Wasser, alle 5 Minuten 1 Schluck, bei Besserung das Intervall auseinanderziehen.

Für die Eltern, die schon sehr ängstlich, unruhig,

ja fast panisch waren, je 2 Globuli Aconitum C 200 (Dunham)¹.

Verlauf

Er brauchte insgesamt vier Schlucke. Nach dem ersten Schluck ließen die Angst und die Unruhe deutlich nach. Nach dem zweiten Schluck war der Husten nicht mehr so spastisch, die bläuliche Verfärbung um Mund und Augen verschwand, ebenso der kalte Stirnschweiß und die erweiterten Pupillen. Konnte dann abhusten und nach 30 Minuten ist er ruhig eingeschlafen.

Der Junge hatte im Februar 2010 noch einmal einen Pseudokrupper-Anfall, der ebenfalls schnell wieder mit Cina besser wurde. Bisher keine weiteren Anfälle und auch keine weitere Medikation.

Systemischer Lupus erythematoses

Fall: 42-jährige Frau

Erstanamnese 06.02.2001:

Vor drei Jahren wurde bei ihr ein Lupus erythematoses diagnostiziert. Sie ging wegen merkwürdiger Hauterscheinungen im Gesicht und einer Raynaud-Symptomatik zum Arzt. Im Gesicht das typische Schmetterlingserythem, symmetrisch auf beiden Wangen und über die Nase, bläulichrot, im Hautniveau. Auf beiden Wangen je zwei kleine Krater (ca. 1 Cent groß), ebenfalls symmetrisch angeordnet, kreisrund, mit entzündlichem Hof darum. An den Beugeseiten aller Finger makulöse, bilaterale Erytheme, bläulichrot. An den Mittelgelenken von Zeige-, Mittel- und Ringfinger beidseits eine relativ starke Keratose, mit feinen Rissen. Etwa mit den ersten Hauterscheinungen trat ein kreisrunder Haarausfall auf, vorwiegend an den Seiten des Kopfes; (auf Nachfrage) ebenfalls symmetrisch. Zurzeit sind keine kahlen Stellen sichtbar. Seit zwei Jahren hat sie immer wieder Aphthen, vorwiegend in der Wangenschleimhaut, oft mit Schwellung der regionären LK, derzeit auch. Bei der Inspektion fällt eine Landkartenzun-

¹ Diese Vorgehensweise hat sich bei mir sehr bewährt, wenn ich wegen eines Pseudokrupper-Hustens zum Hausbesuch komme und die Eltern sehr ängstlich sind. Die Angst der Eltern überträgt sich auf das Kind und wenn die Eltern ruhiger werden, gelingt es auch dem kleinen Patienten schneller.

ge auf, die die Patientin schon seit ca. zwei Jahren hat. Im linken Ohr hat sie ein nässendes Gehörgangsekzem, seit einem Jahr.

Das Raynaud-Syndrom trat bereits etwa zwei Jahre vor der Diagnose SLE auf. Selbst bei Temperaturen um die 6 bis 8 Grad plus werden die Finger weiß und taub.

Vor drei Jahren und vor einem Jahr hatte sie einen Abszess im linken Kniegelenk, der vom Orthopäden excisiiert wurde. Seitdem stechende Schmerzen im linken Knie, < zu Beginn der Bewegung bzw. des Gehens, > fortgesetzte Bewegung bzw. Gehen.

Seit etwa vier Jahren knirscht sie nachts im Schlaf mit den Zähnen (der Zahnarzt hatte sie darauf hingewiesen und ihr eine Schiene verordnet).

Sie hat keine Kinder, aber schon fünf Aborte durchgemacht, alle etwa im 3. Monat.

Die Menses ist schmerzhaft, dauert 11 Tage und ist reichlich, alle 34 bis 35 Tage.

Vom 15. LJ bis Mitte 20 hat sie viel Cannabis geraucht und auch LSD und anderes ausprobiert.

Von zuviel Süßem bekommt sie Magenschmerzen.

In dem Jahr vor der Diagnose und 1998 fühlte sie sich sehr ausgelaugt, schlapp und dachte schon, sie hätte ein Chronisches Müdigkeitssyndrom, hatte in der Zeit auch häufig wandernde Muskelschmerzen, die als Fibromyalgie-Syndrom diagnostiziert wurden. Die sind aber im Laufe des Jahres 2000 dann verschwunden, ohne weiteres Zutun.

Seit einem Jahr hat sie eine Proteinurie.

Sie lebt seit 14 Jahren mit einem Mann zusammen in einer D/S-Beziehung, wobei sie den masochistischen Part lebt und da auch bis an die Grenzen geht. Sie sagt, sie brauche immer wieder Abwechslung, hat dann immer wieder andere Sexualpartner, braucht viel Sex.

Sie arbeitet in einer Bookingagentur, die Konzerttouren für Musikgruppen organisiert, sie verdient gutes Geld und liebt es zu reisen, Städtereisen zu machen. „Ich liebe Abwechslung“. Sie beschreibt sich als unruhigen Geist, ist auch während des Gesprächs dauernd in Bewegung. Die Ruhelosigkeit < sich abends und nachts.

Sie hat sehr starke Furcht vor Hunden, selbst bei angeleintem, größeren Hunden wechselt sie die Straßenseite.

Wiederkehrende Träume, in denen sie sich abmühen muss (auf der Arbeit, in der Partnerschaft, selbst auf Reisen) und in denen alles sehr anstrengend ist (wie lange sie diese Träume schon hat, kann sie nicht mit Sicherheit sagen).

Manchmal fühlt sie sich in ihrer Wohnung oder ihrem Büro nicht wohl, ja sogar regelrecht fremd. Es gibt immer wieder Phasen, wo sie das Gefühl hat, andere wollten sie schädigen, wollten ihr etwas Böses. Diese Phasen dauern oft ein bis zwei Wochen an, dann ist es wieder gut, als hätte jemand einen Schalter umgelegt. Immer wieder gibt es auch Phasen, in denen sie sich verzweifelt fühlt wegen der Erkrankung und weil es seit drei Jahren keinen richtigen Fortschritt gibt.

Sie hat für fast zwei Jahre Quensyl® genommen, es dann aber abgesetzt, weil sie das Gefühl hatte, dass es zu weiteren Hautveränderungen geführt hat.

Labor:

ANA	19,9 E/ml (< 18 E/ml)
dsDNS	positiv
CRP	305 mg/dl
Komplement C3	75 mg/dl (> 90 mg/dl)
Komplement C4	6 mg/dl (> 10 mg/dl)

Klinik

Systemischer Lupus erythematodes

(Quelle: Renz-Polster/ Krautzig/ Braun *Basislehrbuch Innere Medizin*, München, 2000)

Der Systemische Lupus erythematodes (SLE) betrifft überwiegend Frauen (F:M = 10:1) und tritt meist im mittleren Alter auf.

Das klinische Bild wechselt in Abhängigkeit von der Organbeteiligung.

Organbefallswahrscheinlichkeit:

Lymphknoten	> 50 %
Lunge	ca. 15 %
Gelenke	> 50 %
Niere	ca. 35 %
Haut	> 50 %
Gefäße	ca. 20 %
Herz	ca. 30 %
Ösophagus/Intestinaltrakt	ca. 50 %
Muskeln	ca. 40 %

Der SLE kann akut mit ganz im Vordergrund stehenden Allgemeinsymptomen wie Fieber, Abgeschlagenheit, Gelenkschmerzen und Serositis, aber auch chronisch-rezidivierend mit unterschiedlichsten Störungen verlaufen. Der SLE wird deshalb auch oft als „Chamäleon“ bezeichnet. Die beim akuten SLE auftretenden Allgemeinsymptome werden zunächst nicht selten als Grippe verkannt und behandelt.

Häufig treten erst später die charakteristischen Organsymptome hinzu, wie z. B.:

Arthritis: (bei ca. 95 %) nicht destruierende Polyarthritiden ohne typisches Verteilungsmuster wie bei der Rheumatoiden Arthritis oder Psoriasis-Arthritis, also i.d.R. asymmetrisch und nicht erosiv (keine röntgenologisch nachweisbaren Knochendefekte), Myalgien.

Seröse Häute: Pleuritis, Perikarditis und Peritonitis werden häufig beobachtet. Akut besteht eine fibrinöse oder mit Erguss einhergehende serofibrinöse Entzündung, die nach Organisation zu Fibrosen oder Verwachsungen führen kann.

Hauterscheinungen: (bei ca. 70 %) typisch, aber relativ selten ist das Schmetterlingserythem mit Rötung von Wangen und Nase mit perioraler Aussparung. Ähnliche Erytheme kommen am Rumpf und den Extremitäten vor. Daneben können urtikarielle, bullöse, makropapuläre und ulzeröse Exantheme auftreten. Photosensibilität, Alopezie, Mundschleimhautgeschwüre, Hyperkeratosen.

Vaskulär: (bei ca. 45 %) Raynaud-Syndrom, Thrombosen, arterielle Verschlüsse, Vaskulitis. Zudem wird ein gehäuftes Vorkommen von Koronarsklerosen beschrieben.

Hämatologische Veränderungen: (bei ca. 80 %) sie führen zwar nur selten zu spezifischen klinischen Erscheinungen, sind jedoch für die Diagnose wichtig: Leukopenie, die typischerweise durch eine Lymphopenie bedingt ist und Thrombozytopenie.

Nephritische Veränderungen: Proteinurie, Hämaturie, Kreatininanstieg. Glomerulonephritis (alle Typen). Seltener kommt es zum nephrotischen Syndrom. Histologisch handelt es sich meist um eine Immunkomplex-Nephritis.

Neurologische Veränderungen: (bei ca. 30 %) sehr „buntes“ klinisches Bild. Kognitive Stö-

rungen, Depressionen, hirnorganische Psychosyndrome und periphere Neuropathien kommen vor. Migräne, Sehstörungen, Apoplexie und TIAs können durch das begleitende Antiphospholipid-Syndrom bedingt sein.

Herz: (bei ca. 35 %) Perikarditis, Endokarditis, Aortenklappen-defekte.

Lunge: (bei ca. 15 %) Pneumonie, Pleuritis. Seltener auch Alveolitis mit Übergang in eine chronische interstitielle Lungenfibrose.

Andere Manifestationen: Es werden Veränderungen in Knochenmark, Lymphknoten, Milz und Leber beschrieben.

Die Erkrankung selbst, als auch Schübe dieser können durch hormonelle Veränderungen (Pille, Menopause, Schwangerschaft) ausgelöst werden. Infektionen (Assoziation mit humanen Herpesviren) und Umweltfaktoren (z. B. Medikamente), aber auch genetische Faktoren werden diskutiert (Häufung bei Familien mit eineiigen Zwillingen).

Ätiologie und Pathogenese:

Durch eine Immunmodulation unbekannter Genese kommt es zur B-Zell-Aktivierung und Bildung von organspezifischen Auto-AK. Die meisten Organläsionen erklären sich durch die Bildung und Ablagerung von Immunkomplexen und eine Komplementaktivierung, die schwere Entzündungen verursachen.

Die Diagnose basiert auf Klinik und Labor. Von 11 Diagnosekriterien der American Rheumatism Association (ARA) müssen 4 erfüllt sein.

SLE- Diagnosekriterien (nach ARA):

Schmetterlingserythem

Diskoide Hautläsionen

Photosensibilität

Mundschleimhautulzerationen

Polyarthritiden

Serositis

Nephritis (persistierende Proteinurie > 0,5 g/d)

Neuropsychiatrische Auffälligkeiten (Krampfanfälle oder Psychose)

Hämatologische Befunde (hämolytische Anämie, Leukopenie, Lymphopenie < 1500/ml, Thrombozytopenie < 100.000/ml)

Antinukleäre Antikörper

Auto-Antikörper dsDNS, Sm-AK, Le-Zellnachweis, falsch-positiver TPHA-Test.

Labor:

Im Blutbild fällt normalerweise eine normochrome Anämie, Thrombopenie und Leukopenie (insbesondere Lymphopenie) auf. Die Entzündungsparameter sind je nach Krankheitsaktivität erhöht. Zahlreiche immunologische Auffälligkeiten (siehe Tabelle unten) sind nachweisbar, aber nicht alle sind unbedingt spezifisch für SLE. Einzige pathognomonische AK sind AK gegen Doppelstrang-DNS (dsDNS) und Sm-Protein. Sie sind aber nicht sehr sensitiv, können also nicht immer nachgewiesen werden, selbst wenn die Diagnose auf anderem Wege als gesichert gilt. **ANA** (Suchtest) bei vielen Autoimmunerkrankungen vorhanden; bei SLE praktisch immer nachweisbar; wenn ANA positiv sind, ist eine weitere Differenzierung der Antikörper (ENA, Anti-DNS-AK) notwendig. Korrelieren nicht mit der Krankheitsaktivität. Können auch gelegentlich bei älteren Gesunden auftreten.

Anti-DNS-AK:

dsDNS-AK (Doppelstrang) sind für SLE spezifisch, bei schweren systemischen Verläufen meist positiv. Sind pathognomonisch, korrelieren mit der Krankheitsaktivität.

ssDNS-AK (Einzelstrang) sind bei SLE nicht spezifisch.

ENA = extrahierte nukleäre AK

Sm (Smith-Antigen) ist hochspezifisch für SLE, jedoch nur in 10 % nachweisbar

Anti-RNP-AK positiv bei Mischkollagenosen (hochtitrig), SLE, Polymyositis, Sklerodermie.

SS-A (Ro) bei sekundärem Sjörgen-Syndrom, ANA-negativem SLE, SLE im Alter

SS-B (La): Falls positiv bei SLE, ist eine Nierenbeteiligung unwahrscheinlich, primäres Sjörgen-Syndrom.

Anti-Histon bei medikamenteninduziertem SLE

Kardiophilin-AK sind bei ca. 50 % nachweisbar, aber nicht spezifisch für SLE. Sie verursachen Thrombosen und Fehlgeburten bei SLE.

Rheumafaktor bei 30 % positiv

Erniedrigte Werte für C3, C4 und CH50 durch komplementbindende Immunkomplexe sind typisch für einen akuten Schub.

Verlauf und Prognose:

Der Verlauf ist schubhaft, bei systemischem Verlauf hängt die Prognose entscheidend von der Organmanifestation ab: Bei ca. 10 % besteht eine schwere ZNS-Beteiligung oder Nierenbeteiligung, die mit einer schlechteren Prognose einhergehen.

Sonderformen:

Medikamenteninduzierter SLE

Diese Erkrankung zeigt ein lupusähnliches Bild, das durch eine Vielzahl von Medikamenten ausgelöst werden kann, z.B. Procainamid, Hydralazin, Penicillinamin, Interferon, Methyldopa, Neuroleptika und Cholesterinsynthesemmer. Geschlechtsspezifische Verteilung 1:1.

Symptome sind eine nicht-erosive Polyarthritits und eine blande Polyserositis, z.B. Pleuritis oder Perikarditis. Selten sind diffuse Erytheme. Grundlage der Diagnose ist die Medikamentenanamnese. Pathognomonisch sind Histon-AK. DNS-AK und erniedrigtes Komplement finden sich nie.

Patienten klagen vorrangig über folgende Symptome²:

Raynaud-Syndrom mit erheblicher Kälteempfindlichkeit der Finger. Bereits geringe Abkühlung führt zu Taubheitsgefühlen und mitunter erheblichen Schmerzen der Finger.

Etwa ein Drittel der Patienten hat ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom mit wandernden, wechselnden Arthromyalgien. Hinzu kommen häufig auftretende Begleitsymptome mit Durchschlafstörungen, fehlender körperlicher Belastbarkeit und Erschöpfung.

Häufig besteht eine Fotosensibilität, d.h. Sonnenexposition führt zu einer schmerzhaften Dermatitis.

Analyse, Repertorisation und Verordnung

Am Auffälligsten sind für mich die symmetrischen Affektionen (die nicht zu den pathognomonischen Symptomen eines SLE gehören) und die Symptome,

² Die Beschwerden werden aus ärztlicher Sicht häufig als unbedeutend interpretiert.

die mit der Erkrankung auftraten und ggf. damit assoziiert sind: Kreisrunder Haarausfall, Landkartenzunge, Gehörgangsekzem, Abszesse Kniegelenk und Raynaud-Syndrom.

→ Abb. 1

Das psychische Bild von **Bacillinum Burnett** ist, nach meinem Dafürhalten, am besten in Veronika Ram-polds *Mindmat* repräsentiert:

- Furcht vor Hunden (Burnett). Liebt jede Abwechslung; unruhig beim Sitzen.
- Unbehagen in den eigenen Räumen, wie ein Fremder. Empfindet sich wie ein Fremder (an ihm bekannten Orten) (Burnett, Witzig). Mühevoll Träume, müht sich ab (Burnett, Witzig).
- Wahnidee, er habe ein Unrecht erlitten; niemand könne ihr etwas Gutes tun (Witzig).
- Verzweiflung allgemein oder an der Genesung (Burnett). Krankhafte, eigentümliche Impulse (Witzig, Burnett). Symmetrisch auftretende Affektionen (Witzig).

Verordnung

→ **Bacillinum Burnett 1 M** (Schmidt-Nagel), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 2 Mal 2 TL, am 2. Tag 3 Mal 2 TL und am 3. Tag 4 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Verlauf

Follow-Up vom 08.03.2001

Optisch scheint es eine leichte Abblassung der Rötung des Exanthems zu geben. Die Risse an den Beugeseiten der Fingermittelgelenke haben sich geschlossen (war schon lange nicht mehr so, einen oder zwei Risse gab es immer). Ansonsten Zustand unverändert.

Follow-Up vom 22.05.2001

Der entzündliche Hof um die Krater auf den Wangen ist weg und sie scheinen nicht mehr so tief zu sein. Erythem im Gesicht und ebenfalls an den Fingern weiter abgeblasst. Keine Aphthen seit Ende März. Die Zunge ist sauber!
Die letzte Menses hat nur noch 8 Tage gedauert, war nicht so schmerzhaft und die Blutung nicht mehr so stark. Gehörgangsekzem unverändert. Ebenfalls leider auch die Proteinurie.

Follow-Up vom 02.07.2001

Die Haut im Gesicht sieht wesentlich besser aus, das Bläulichrote ist einem Hellrot gewichen, die Haut ist glatter, die Krater beginnen sich von innen heraus zu schließen, so macht es jedenfalls den Eindruck. An den Händen ist das Exanthem ebenfalls abgeblasst, die Keratosen in der Beugeseite der Fingermittelgelenke sind weg, keine Risse seit Februar 2001.
Aber die Menses ist wieder sehr schmerzhaft, dauerte das letzte Mal sogar 12 Tage, starke Blutung, Intervall 36 Tage. Sie knirscht wieder mehr mit den Zähnen. Das linke Knie schmerzt deutlich mehr, ist aber weder heiß, noch geschwollen. Da die Patientin, als sie sich telefonisch anmeldete, bereits davon sprach, habe ich sie zum Arzt geschickt:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	9	6	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	12	8	8	8	7	7	6	4	4	6	6	6	5	4	4	4	4	4
1. Ablage 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Allgemeines - Beschwerden - symmetrisch	(7)	1																
2. Ablage 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kopf - Haare - Haarausfall - Stellen, an kleinen	(26)	1																
3. Ohr - Hautausschläge - Gehörgang, im - Ekzem	(9)	1																
4. Mund - Landkartenzunge	(52)	1																
3. Ablage 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allgemeines - Abszesse; Eiterungen - Gelenke	(27)	1																
6. Extremitäten - Raynaud-Krankheit																		
4. Ablage 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gemüt - Ruhelosigkeit - bewegen - muß sich ständig	(42)	1																
8. Gemüt - Furcht - Hunden, vor	(37)	1																
5. Ablage 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Weibliche Genitalien - Abort - Neigung zu Abort	(58)	1																

Abb. 1: Repertorisation (Quelle: RADAR 10.0)

Labor:

CRP nicht erhöht!	
ANA	19,9 E/ml (< 18 E/ml)
dsDNS	positiv
CRP	0,19 mg/dl
Komplement C3	85 mg/dl (> 90 mg/dl)
Komplement C4	7 mg/dl (> 10 mg/dl)

Verordnung

→ **Bacillinum Burnett XM** (Schmidt-Nagel), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 1 Mal 2 TL, am 2. Tag 2 Mal 2 TL und am 3. Tag 3 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Follow-Up vom 12.10.2001

Der Patientin ging es sehr gut. Langsam macht sich (wegen der Temperaturen) die Raynaud-Symptomatik wieder mehr bemerkbar. Die Krater auf den Wangen sind fast plan mit dem Hautniveau. Erythem im Gesicht und an den Händen nur noch ganz blass. Menses dauert wieder 8 Tage, Blutung normal, kaum noch Schmerzen. Sie kommt, weil sich wieder ein kleiner Abszess am linken Kniegelenk innen gebildet hat. Den Abszess gibt es schon ca. vier Wochen, doch es tut sich nichts weiter, er eröffnet sich nicht und der Orthopäde will ihn in der nächsten Woche chirurgisch öffnen.

Außerdem hat sie eine große Aphthe oberhalb der rechten Tonsille, mit Schwellung des regionären LK. Die Zunge hat einen dicken, schleimig-gelblichen Belag an der Zungenbasis, die Spitze und die Zungenränder sind gerötet.

Verordnung

→ **Mercurius jodatus ruber C 200** (Helios), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 1 Mal 2 TL, am 2. Tag 2 Mal 2 TL und am 3. Tag 3 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Eine Aphthe mit Schwellung des regionären Lymphknotens kann man einem syphilitischen Primäraffekt gleichsetzen und dieser sollte dann mit Mercur bzw. Mercursalzen behandelt werden. In der miasmatischen Verlaufsanalyse ist das Auftreten einer solchen Reaktion als sehr positiv zu bewerten.

Follow-Up vom 16.10.2001

Der Abszess am Knie hat sich geöffnet und einen gelblichen, übelriechenden Eiter entleert. Die Aphthe oberhalb der Tonsille ist weg, der LK noch etwas geschwollen.

Follow-Up vom 07.12.2001

Die Mensesympptomatik wird wieder < und die Raynaudsymptomatik ist zurzeit sehr intensiv.

Verordnung

→ **Bacillinum Burnett XM** (Schmidt-Nagel), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 1 Mal 2 TL, am 2. Tag 2 Mal 2 TL und am 3. Tag 3 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Da jetzt die Reaktionsmuster wieder deutlich werden, für die ich *Bacillinum* repertorisiert habe, folgt nun eine Wiederholung des *Bacillinum*.

Krise: Perikarditis**Follow-Up vom 09.02.2002 (Hausbesuch)**

Auf die Gabe hin hat sich nichts getan, augenscheinlich hatte sie keinerlei Wirkung. Sie ist beim Telefongespräch sehr kurzatmig und bittet mich so schnell wie möglich zu kommen. Der Hausarzt war schon da und hat eine Perikarditis festgestellt, die Patientin weigert sich aber, stationär aufgenommen zu werden. Sie klagt über starke Schwäche, Fieber um 39 °C. Puls unregelmäßig und aussetzend. Jede Bewegung scheint den Puls zu beschleunigen, < Heben der Arme. Das Gesicht ist leicht bläulich. Engegefühl am Herzen mit Taubheitsgefühl im linken Arm. Die Patientin hat sehr viel Angst.

Repertorisation

→ Abb. 2 s. S. 56

Die Pulssymptomatik repertorisiere ich lieber mit Phatak, *Homöopathisches Repertorium* (damals noch die indische Ausgabe *A Concise Repertory*, 2. Auflage), da mir die Synthesrubriken zu groß sind.

- **Ptk1 Puls intermittierend, aussetzend**

Adon. Ars. Carb-v. Chin. Dig. Kali-c. Lycps. Merc. Mur-ac. Nat-m. Ph-ac. Sec. Sep. Spig. Tab. Ter.* Verat.

	dig.	lach.	acon.	ars.	cact.	colch.	spig.	sulph.	apis	apoc.	asc-t.	cmic.	iod.	kalim.	naja	adon.
1. Ablage 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Brust - Herzens; Beschwerden des - begleitet von - Arme - links - Gefühllosigkeit, ... (15) 1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Ablage 2	6	6	6	6	5	5	5	5	4	3	3	3	3	3	3	2
2. Brust - Wassersucht - Perikard (16) 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ablage 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Brust - Entzündung - Herz - Perikard (51) 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 2: Repertorisation (Quelle: RADAR 10.0)

• Ptk1 Puls unregelmäßig

Acon. Ars. Cact. Cann. Chin. Dig. Ferr. Glon. Kali-c. Lach. Myric. Nat-m. Op. Ph-ac. Sec. Spig. Stram. Stroph. Verat-v.

• Ptk1 Arme, Hochheben der Arme, AGG

Apis. Arg-n. Bar-c. Berb. Bry. Cocc. Con. Dig. Ferr. Graph. Led. Mag-c. Nit-ac. Ran-b. Rhus-t. Sanic. Sang. Spig. Sulph. Sul-ac. Tell.

Verordnung

→ **Digitalis 1 M** (Iso), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 6 Mal 2 TL, am 2. Tag 5 Mal 2 TL und am 3. Tag 4 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Follow-Up vom 15.02.2002

Ich bin täglich bei der Patientin gewesen. Unter dem Mittel besserte sich die Symptomatik sehr schnell, bis zum 6. Tag. Am 7. Tag hatte sie stechende scharfe Schmerzen in der Herzregion, ausstrahlend ins linke Schulterblatt, < zwischen 2:00 und 3:00 Uhr, < Liegen auf der linken Seite.

Labor:

ANA	21,1 E/ml (< 18 E/ml)
dsDNS	positiv
CRP	400 mg/dl
Komplement C3	52 mg/dl (> 90 mg/dl)
Komplement C4	4 mg/dl (> 10 mg/dl)

In Farringtons *Klinischer Arzneimittellehre* (fr1.de) findet sich folgender Hinweis: „Kalium carbonicum ist bei Herzentzündungen angezeigt, Endo- wie Perikarditis, wenn charakteristischerweise diese scharfen, stechenden Schmerzen vorhanden sind. Kalium car-

bonicum folgt, wenn die scharfen Schmerzen anhalten und die charakteristische Verschlimmerung gegen 3.00 Uhr morgens vorhanden ist.“

Verordnung

→ **Kalium carbonicum 1 M** (Iso), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 4 Mal 2 TL, am 2. Tag 3 Mal 2 TL und am 3. Tag 2 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Follow-Up vom 22.04.2002

Von Seiten des Herzens sind keine Beschwerden zurückgeblieben, EKG unauffällig. Allerdings drängt der Arzt sie zur Cortisoneinnahme.

Follow-Up vom 19.06.2002

Es gibt keine neuen Symptome zurzeit. Der Zustand ist wie nach der letzten Bacillinum-Gabe. Alles, was unter Bacillinum besser geworden ist, ist auch so geblieben, deshalb erneute Gabe Bacillinum.

Verordnung

→ **Bacillinum Burnett 1 M** (Schmidt-Nagel), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 2 Mal 2 TL, am 2. Tag 3 Mal 2 TL und am 3. Tag 4 Mal 2 TL einnehmen. Vor jeder Einnahme 10 Mal umrühren. Am Abend nach der Einnahme wieder auf 200 ml Wasser auffüllen.

Follow-Up vom 07.12.2002

Der Patientin geht es gut. Die Krater in den Wangen sind so gut wie nicht mehr zu sehen. Das Erythem im Gesicht ist nur noch hellrot und wesentlich kleiner geworden. Die Finger sind bis auf eine dezente Rötung erscheinungsfrei.

Menses alle 32 Tage, kaum noch schmerzhaft, Blutung

normal. Proteinurie nicht mehr nachweisbar (bereits seit zwei Monaten). Selbst die Raynaud-Symptomatik ist besser geworden: die Finger werden erst bei etwa 0 Grad weiß und taub und auch nur noch dann, d. h. nicht mehr ohne erkennbaren Grund. Ein Abszess am Knie oder eine Aphthe sind nicht mehr aufgetreten, ebenso hat sie keinen Haarausfall mehr. Das Gehörgangsekzem ist unverändert, ebenso die Knieschmerzen. Phasen, in denen sie meint, alle wollten ihr etwas Böses oder sie schädigen, sind nicht wieder aufgetreten. Sie ist deutlich ruhiger und auch im Gespräch nicht mehr so agitiert. Von ihrem Partner hat sie sich getrennt und hat jetzt eine „Stino-Beziehung“.

Follow-Up vom 15.03.2003

Die Menses verändert sich wieder, wird schmerzhafter und das Intervall verlängert sich. Ansonsten alles unverändert stabil.

Verordnung

→ **Bacillinum Burnett 1 M** (Schmidt-Nagel), 3 Globuli in 200 ml Wasser gelöst. Von dieser Lösung am 1. Tag 2 Mal 2 TL.

Follow-Up vom 06.02.2004

Die Patientin ist schwanger und sehr glücklich darüber. Sie ist im vierten Monat und alles sieht gut aus. Im Gesicht ist bis auf eine ganz leichte Rötung nichts mehr vom Erythem zu erkennen, auch die Finger sehen völlig blande aus. Das Gehörgangsekzem allerdings ist unverändert. Hatte den Winter über nur noch ganz selten die Raynaud-Symptomatik.

Follow-Up vom 01.07.2004

Patientin ist ambulant von einer gesunden Tochter entbunden worden. Sowohl die Schwangerschaft als auch die Geburt verliefen völlig komplikationslos.

Labor:

ANA 16,2 E/ml (< 18 E/ml)

dsDNS positiv

CRP 0,16 mg/dl

Komplement C3 102 mg/dl (> 90 mg/dl)

Komplement C4 12 mg/dl (> 10 mg/dl)

Keine Proteinurie mehr.

Zusammenfassung weiterer Verlauf

Sie hat bis November 2010 noch vier Mal je eine Gabe Bacillinum bekommen.

Seit 2008 sind die Raynaud-Symptome nicht mehr aufgetreten.

Ihr geht es sehr gut. Sie ist nicht mehr im SM-Bereich unterwegs und lebt eine normale Beziehung.

Labor seit 2008:

ANA negativ

dsDNS negativ

CRP < 1 mg/dl

Keine Proteinurie

Epidermolysis bullosa

Fall: 2-jähriges Mädchen

Erstanamnese am 15.04.2001:

Diagnose der Hautklinik Hannover: Epidermolysis bullosa generalisata.

Dieses Kind ist so ziemlich das bemitleidendste Wesen, das ich je in meiner Praxis hatte. An den Stellen, wo das Kind aufliegt oder Druck ausgesetzt ist, entstehen Blasen mit wässrigem oder blutigem Inhalt. Die Blasen müssen eröffnet werden, da sie sich sonst weiter vergrößern. Sie werden mit Pyoktaninlösung behandelt und heilen dann ohne weitere Hauterscheinungen ab. Sie bekommt Blasen wenn sie sich stößt oder stark auf eine Stelle drückt. In den Blasen befindet sich helles Blut. Eigentlich sind die Blasen schmerzlos, sie schmerzen nur, wenn sie eröffnet werden. Gelegentlich ist auch die Mundhöhle betroffen. Die Nägel sind abgefallen und bisher noch nicht wieder nachgewachsen. Bekommt sie eine Blase am Kopf, fallen an dieser Stelle die Haare aus. Juckreiz besteht nur, wenn die eröffneten Blasen abheilen. Die abgesonderte Wundflüssigkeit riecht unangenehm, eitrig. Die Haut ist allgemein sehr trocken und sie muss viel trinken, damit sie nicht austrocknet. Trinkt häufig kleine Mengen.

Ansonsten ist sie lebendig, fröhlich, hat noch einen älteren Bruder, von dem sie sich leicht unterdrücken lässt. Sie mag nicht allein sein, ist allgemein sehr ruhelos. Mag es nicht, wenn sie angesehen wird. Kopffrollen beim Einschlafen. Mag warme Anwendungen, Umschläge auf der Haut. Mag nur warme Speisen und Getränke. Sie hat Angst vor Blasen unter den Füßen.

In den Blasen Nachweis von Staphylokokkus aureus und Enterokokken.

→ Abb. 3 und 4



Abb. 3 und 4: Zustand des Kindes bei Anamneseerhebung.

Epidermolysis bullosa generalisata

(Quelle: Braun-Falco, *Dermatologie und Venerologie*, Heidelberg 2002)

Pathogenese:

Mechanische Belastung der Haut durch Reiben oder Druck führt zu einer genetisch bedingten Konditionierung von katabolen Enzymen, welche die Epidermiszellen attackieren und intrapidermale Blasen hervorrufen.

Klinik:

Bereits bei der Geburt können an mechanisch stärker belasteten Partien Hautblasen entstehen. In anderen Fällen entwickelt sich die Erkrankung erst, wenn sich das Kind zu bewegen beginnt. An exponierten Hautstellen (Händen, Knien, Ellenbogen, Füßen, Fersen und Hinterkopf) führen Stoß, Druck oder Reiben zu erbs- bis fingernagel großen, einkammerigen Blasen, die gewöhnlich einen serösen Inhalt haben, erodieren und narbenlos abheilen.

Symptome:

Durch die rezidivierenden Blasen an mechanisch belasteten Hautarealen sind die Patienten stark beeinträchtigt. Allgemeiner Gesundheitszustand, auch Intelligenz und Fertilität sind normal.

Verlauf:

Die angeborene Neigung zur blasigen Reaktion auf mechanischen Reiz kann lebenslang vorhanden bleiben. Besserung erfolgt allerdings oft während der Pubertät. In der warmen Jahreszeit ist bei vielen Patienten die Neigung zu Blasen stärker.

Therapie:

Innerlich: Eine erfolgreiche innerliche Therapie existiert nicht. Berichte gibt es zu einigen Arzneimitteln; so kann Chloroquin (Resochin®) hilfreich sein, verlangt aber Kontrolle der Nebenwirkungen. Auch Glucocorticoide (Prednisolon) haben sich in schweren Fällen morbestatisch bewährt.

Äußerlich: Frühzeitige Eröffnung oder Abpunktion, nicht aber Abtragen, das Blasendach schützt. Desinfektion, weiches Schuhwerk, evtl. Antiperspirantien.

Fallanalyse

- **GA 48 Druck Agg., Liegen auf der schmerzhaften oder leidenden Seite, etc., Agg.**

Acon. Agar. Apis. Ars. Bar-c. Bell. Bry. Calad. Calc. Carb-v. Cina. Cycl. Dros. Graph. Hep. Iod. Kali-c. kali-i. Lach. Lyc. Mag-c. Mag-m. Nat-s. Nux-m. Nux-v. Phos. Ph-ac. Ruta. Sabad. Sil. Spong. Tell. Thuj.

- **GA 31 Bläschen, Blasen, etc.**

Apis. Ars. Arum-t. Calc. Canth. Caust. Crot-t. Graph. Lach. Mag-c. Merc. Nat-c. Nat-m. Nit-ac. Ran-b. Rhus-t. Sep. Sulph.

Folgende Mittel sind in beiden Rubriken aufgeführt: *Apis., Ars., Calc., Graph., Lach.* und *Mag-c.*

Nimmt man zusätzlich die Karte

- **GA 36 Blutung, blutige Absonderungen**

Acon. ARN. Ars. Bell. Cact. Calc. Canth. Carb-v. Calc. Croc. Crot-h. Ferr. Ham. Hydr. Ip. Lach. Led. Lyc. Mell. Merc. Merc-c. Mill. Nit-ac. Nux-v. Phos. Puls. Rhus-t. Sanin. Sec. Sep. Sulph. Terb. Thlas. Tril. Vib. Vip.

so kommen nur noch *Ars., Calc.* und *Lach.* in Frage. Im *Synoptic Key* finden sich zwei Rubriken, die zur weiteren Differenzierung herangezogen werden könnten:

- **Angesehen wird, wenn Agg:**

Ant-c. Ars. Cina.

- **Angesehen werden, Agg:**

Ant-c. Ant-t. Ars. Cham. Cina. Nat-m. Puls.

In der *Materia medica-Synopsis* des *Synoptic Key* findet sich zu *Ars.* Folgendes:

- Besser: heiße Anwendungen, Speisen, Getränke
- sehr ruhelos
- eitrige, aashaftige Gerüche
- ruheloser Kopf

und in *C. Herings Leitsymptomen*:

- I An Rumpf und Gliedern Blasen, gefüllt mit ausgetretenem Blut. (hr1.de)

Verordnung

→ **Arsenicum album C 200**, 3 Globuli, gelöst in 100 ml Alkohol-Wassergemisch. Nach 10-maligem Schütteln täglich 3 Tropfen auf 12 Esslöffel Wasser,

davon morgens und abends je 2 Teelöffel einnehmen. Die Lösung ist täglich neu anzusetzen.

Follow-Up vom 02.06.2001

Deutlich weniger Blasen und die vorhandenen sind nicht mehr so groß. Es scheint so zu sein, dass der Druck stärker sein muss, damit sich Blasen entwickeln. Keine neuen Blasen mehr, wenn sie z. B. auf der Seite liegt. Lässt sich nun auch ohne Probleme ansehen und untersuchen. Ist nicht mehr so unruhig und kann auch mal allein sein. Ansonsten alles unverändert.

Follow-Up vom 14.09.2001

Hat nur noch 5 Blasen, als ich sie untersuche! Diese sind etwa 2 Euro groß, noch blutig gefüllt. Die Nägel wachsen wieder. Keine Blasen mehr in der Mundhöhle (ich selbst habe sie noch nie gesehen, aber die Eltern sagen, dass seit vier Wochen keine mehr aufgetreten sind). Beim Einschlafen rollt sie nicht mehr mit dem Kopf. Warme Auflagen mag sie immer noch, ebenfalls warme Getränke und Speisen. Jetzt mag sie auch von anderen angesehen werden.

Follow-Up vom 14.12.2001

Seit zwei Wochen keine Blasen mehr. Kommen jetzt nur noch bei sehr starkem Druck, z. B. wenn sie sich an eine Tischkante lehnt. Die Haut ist nicht mehr so trocken. Ist sehr aufgeschlossen und fröhlich. Die Nägel sehen recht gut aus, die Fußnägel der Großzehen sind relativ dick. Kann jetzt auch länger allein sein und sich gut allein beschäftigen.

Follow-Up vom 19.06.2002

Bekommt ab jetzt **Arsenicum album 1 M** in Alkohol-Wasser-Gemisch aufgelöst, 2 Mal wöchentlich 2 TL. Neue Blasen entstehen nur noch bei sehr starkem oder lange anhaltendem Druck. Die Blasen selbst sind dann unverändert.

Weiterer Verlauf

Hat *Arsen* noch bis 2006 (zum Schluss einmal wöchentlich) genommen, da sich bei starkem, lange anhaltendem Druck immer noch Blasen bildeten. Im Verlauf dieser vier Jahre ließ die Blasenbildung allmählich nach. Darum wurde das Mittel noch so lange weitergegeben. Ab Ende 2006 bildeten sich auch bei starkem Druck keine Blasen mehr; siehe das letzte Foto (Abb. 5 auf S. 56) aus 2007. Von 2007 bis 2010



Abb. 5: Foto von 2007

erfolgte keine Medikation. 2011 bekam sie wegen einer Schienbeinfraktur zwei Mal *Symphytum C 200*. Nachbeobachtungszeit bis 2011.

Eckart von Seherr-Thohs
 Grundstraße 174 | 01324 Dresden
 (in den Räumen von Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau) Tel: 0351 26 99 80
 Mail: praxis@seherr-thohs.de | www.seherr-thohs.de

Zur Einführung in die Fallanalyse nach

C.M. Boger

Ahlbrecht/Winter: *Die Homöopathie C.M. Bogers*,

Bd.1 und Bd.2, Pohlheim 2011 bzw. HH 2004/ 2007

Bleul, G. (Hrsg): *Homöopathische Fallanalyse*, Stuttgart 2012

Hofäcker J.: *Das Auffinden des Simillimums mit Hilfe der Familienanamnese nach einer Methode von C.M. Boger*. Archiv für Homöopathik ACD IV 1996

Homöopathie Zeitschrift Sonderheft 02, Die Bönninghausen- und Bogermethodik, München 2002

Literaturliste:

Ahlbrecht/Winter: *Die Homöopathie C.M. Bogers – Grundlagen und Praxis*, Bd. 2

Allen, T.F.: *Handbook of Materia Medica*, (ind. Nachdruck) New Delhi 1981 (a2)

Boger, C.M.:

- *General Analysis*, Hamburg 2004 (bg11.de) auch als Lochkartei
- *Synoptic Key*, Ruppichterorth 2002 (bg3.de)
- *Synoptic Key* (in Originalunterteilung), Pohlheim bzw. HH, 2010

Bönninghausen, C.v.:

- *Therapeutisches Taschenbuch* (Hrsg. K.H. Gypser), Stuttgart 2000
- *Therapeutisches Taschenbuch*, (als Programm), www.boeninghausen-direkt.de
- *Der homöopathische Hausarzt*, Oberhausen, 1995 (b15.de)
- *Die homöopathische Behandlung des Keuchhustens* (enthalten in *Drei Werke v. Bönninghausens für den homöopathischen Praktiker*, Oberhausen 1994 (b10.de)

Clarke, J.H.: *Der neue Clarke*, Bielefeld; 1990–1995 (c1.de)

Farrington, E.: *Klinische Arzneimittellehre*, Göttingen (fr1.de)

Hahnemann, S.: *Gesamte Arzneimittellehre*, Stuttgart 2007 (h1/h2)

Hering, C.: *Leitsymptome unserer Materia Medica*, Aachen 1992–1998 (hr1.de)

Jahr, G.H.G.:

- *Ausführlicher Symptomenkodex der homöopathischen Arzneimittellehre*, Hamburg o.J. (unveränderter Nachdruck, Leipzig 1848) (j7.de)
- *Alphabetisches Repertorium der Hautsymptome*, Leipzig 1849 (j16.de)
- *Klinische Anweisungen*, Euskirchen, 1998 (j3.de)

Köhler, G.: *Lehrbuch der Homöopathie*, Bd.2, Stuttgart, 1992

Morrison, R.: *Handbuch der homöopathischen Leitsymptome und Bestätigungssymptome*, Groß Wittensee 1997 (mrr1.de)

Noack/Trinks/Müller: *Handbuch der homöopathischen Arzneimittellehre*, Göttingen 1984 (nk1.de)

Phatak, S.: *Homöopathisches Repertorium*, München 2006 (ptk1.de)

Radar: zu den Zeiten als die Fälle bearbeitet wurden, die jeweils aktuelle Version, jetzt im Abdruck des Artikels RADAR 10, Edt. 2009

Rampold, V.: *Mindmat*, Bd. 10, Ruppichterorth 1999

Rückert, E.F.: *Systematische Darstellung aller bis jetzt gekannter Homöopathischen Arzneien, in ihren reinen Wirkungen auf den gesunden Menschen*, Euskirchen 2000

Seideneder, A.: *Mitteldetails*, Ruppichterorth 2000