

Homöopathie bei therapieresistenter Keratoconjunctivitis vernalis

A. Wegener

Zusammenfassung

Ein 12jähriger Junge litt seit zwei Jahren an einer schweren Keratoconjunctivitis vernalis mit Hornhautveränderungen beidseits. Die schulmedizinische Behandlung war an ihre Grenzen gestoßen und verschiedene homöopathische Behandlungsversuche waren ergebnislos. Da nur wenige aussagekräftige chronische Symptome vorlagen, mußte die Mittelfindung von den lokalen Symptomen bestritten werden. Die passende Arznei konnte seine Beschwerden rasch bessern, so daß die Steroidbehandlung beendet werden konnte.

Schlüsselwörter

Keratoconjunctivitis vernalis, lokale Symptome, Mittelfindung.

Summary

A 12 year old boy suffered from a severe keratoconjunctivitis vernalis with ulcers on cornea. The steroid therapy was not sufficient and some homeopathic attempts negative. Because of the lack of chronic symptoms, the way of selection of the remedy was based on the local symptoms. With the correct remedy his ailments disappeared and the steroid therapy was stopped.

Keywords

Keratoconjunctivitis vernalis, local symptoms, selection of remedy.

Am 3. Juli 1996 stellte sich der 12jährige N.J. in meiner Praxis mit einer bedrohlichen Augenkrankung vor. Es wurden bereits viele Ärzte verschiedener Fachrichtungen konsultiert, darüber hinaus befand er sich in ständiger Betreuung durch die Universitätsaugenklinik in F. Vor der eigentlichen Anamnese wurde mir von der Mutter eine dicke Mappe mit Befundberichten, ärztlichen Stellungnahmen usw. überreicht, aus denen ich zuerst zitieren möchte.

Bericht der Universitäts-Augenklinik in F vom 19.7.96: „Diagnose: Beide Augen: schwere Keratoconjunctivitis vernalis mit Hornhautveränderungen beidseits. Vorgeschichte: Im Herbst 1993 hatte die Mutter erstmals Bindehautveränderungen bei ihrem Sohn festgestellt. Eine Erstvorstellung erfolgte bei uns im März 94. Damals wurde eine Phlyktänulose bds. festgestellt und eine Steroid-Therapie empfohlen. In den letzten 2 Jahren wurden mehrere Therapiestrategien angefangen, Be-

fund und Beschwerden von N. waren aber sehr schwankend (...).

Befund. RA: Visus 0,8, folliculäre und papilläre Bindehautveränderungen unter dem Oberlid aber auch im übrigen Bindehautbereich. Rauchige subepitheliale Hornhauttrübung im Zentrum. Im Hornhautrandbereich subepitheliale bräunliche Trübungen (...).

LA: Visus 0,6p, unter dem Oberlid deutliche papilläre Bindehautveränderung (Pflastersteine) und zahlreiche kleinere folliculäre Veränderungen im Bereich der übrigen Bindehaut. Parazentrale subepitheliale Hornhautnarbe. Im Hornhautrandbereich Einlagerung wie am rechten Auge (...).

Beurteilung: Verlauf und Befund sprechen für eine schwere Form der Keratoconjunctivitis vernalis. Die Hornhautnarben sind durch entzündliche Veränderungen bei schwerer Allergie zu erklären (...).

Wir empfehlen folgendes Therapiekonzept:

Spectramedryn' bds. 3 x tägl., wöchentl. Reduktion

Ficortril AS zur Nacht.

Irtane AT 2 x tägl., bei Unverträglichkeit Übergang auf Vividrin' EDO 4 x tägl.

Levophta[®] AT bei Bedarf.

Es ist möglich, daß die Hornhauteinlagerungen bds. durch monoklonale Immunglobulin-einlagerungen verursacht werden. Daher Abklärung, ob eine Gammopathie ausgeschlossen werden kann."

Bericht des örtlichen Augenarztes vom 22.4.96:

„Diagnosen: Blepharoconjunctivitis Maibomeana et squamosa, Atopie, Störung des Immunsystems. Chronisch-allergische Konjunktivitis, Hornhautdegeneration, ‚Riesenzell‘-Papillitis der Konjunctiven.

Beurteilung:

(...) im Rahmen der Atopie besteht ein chronisch allergisches Syndrom mit massiver allergischer Follikelbildung ‚Pflasterstelnpapillen‘, pathologischer Schleimbildung, Z.n. sekundärer Infektion mit Ulcusbildung und Narbenbildung der Hornhaut bei entsprechender Herabsetzung des Visus. Unter lokalen und kontrollierten (!) Steroid + Allergie-Therapie ist es zu einer wesentlichen Besserung der Befunde gekommen ... Insbesondere heilte das HH-Ulcus des rechten Auges ab und die Narbe wurde immerhin so transparent, so daß ein Visus mit 0,8 besteht.

Unter dem Einfluß des Hausarztes ... wurde eine homöopathische Therapie versucht. Danach trat eine spontane Verschlechterung auf. Dr (N.) lehnte eine Allergensuche mit einer detaillierten Erklärung zur Homöopathie und ganzheitlichen Medizin ab; ich will gerne einräumen, daß ich der Argumentation gar nicht folgen konnte ...".

Die Mutter relativiert allerdings die Aussage des Augenarztes: Ohne dauernde Cortisontherapie, entweder mit Ficortril[®] Augensalbe

oder Inflanefran forte' AT und Hydrocortisoe AS, die mit subkonjunktivalen Steroidinjektionen unterstützt werden mußte, sei der Zustand nicht zu ertragen.

Bericht des Kinderarztes: „Die hier durchgeführte allergologische Diagnostik ergab im Pricktest eine stärkste Allergie auf beide Sorten Hausstaub und auch auf den aus dem häuslichen Staubsauger mitgebrachten Hausstaubmix, außerdem eine starke Reaktion auf Katzenhaare und auf einen Gräsermix ... Da der Patient mit seiner Familie in einem alten Bauernhaus zusammen mit verschiedenen Tieren wohnt, ist eine allergische Genese der geklagten Augenbeschwerden äußerst wahrscheinlich. Da ein Wohnungswechsel mit entsprechender Allergenkenz zunächst nicht realisierbar erscheint, wurde ein Versuch mit einer homöopathischen Eigenblutbehandlung eingeleitet."

Es wurden auch verschiedene homöopathische Ärzte konsultiert. Folgende Mittel wurden von ihnen bisher verabreicht: Euphrasia, Chelidonium, Psorinoheel, Sabadilla cornp, potenziertes Eigenblut, Arsenicum album, Gencydo, Plumbum, Stannum.

Der direkt vor mir behandelnde homöopathische Kollege setzte Carcinosinum, Natrium muriaticum, Rhus toxicodendron, Calcium carbonicum, (Schreibweise des Augenarztes: Calziumkarbonicum), Lycopodium, (alle als (-)Potenzen) ein, die aber keine wesentliche Besserung brachten, so daß auch diese Therapie abgebrochen wurde.

Behandlungsbeginn

Befund:

In meiner Praxis wurden jetzt folgende lokale Symptome erhoben:

Tränende, brennende, besonders lateral rot injizierte Augen.

Die Lidränder sind sehr gerötet.

Die Augen sind zusammengekniffen, der Junge blinzelt und ist lichtempfindlich.

Juckreiz der Augen.

Die Bindehaut ist geschwollen und aufgeworfen (Chemosis).

Ein schmaler gelb-bräunlicher Ring zieht sich am Irisrand entlang.

Die Oberlider hängen herunter, li > re.

Bei der Untersuchung fällt auf, daß die Pupillen unterschiedlich groß sind.

Bei der Anamnese macht er einen sehr ruhigen, reservierten, aber nicht unfreundlichen Eindruck.

Die Mutter berichtet, daß er gerne allein mit den Tieren spielt und zur Zeit nicht mehr in die Schule mag.

Er hat ein ganz separat gelegenes Zimmer im Haus, wo er auf eigenen Wunsch von der Familie getrennt schläft.

Nach Angaben der Mutter hat er eine Abneigung gegen Fett, Butter, Sahne, Fleisch und Gemüse und Appetit auf Süßes.

Er hat Durst und trinkt öfters kleine Mengen Wasser.

Er muß häufig, insbesondere bei Anspannung Wasserlassen.

Ihm ist alles zu warm, er schwitzt schnell, er hat heiße Füße, die er unter der Bettdecke hervorstreckt.

Wolle auf der Haut verträgt er nicht.

Er mag keine enge Kleidung.

Früher hatte er einmal längere Zeit einen farblosen Stuhl.

Ab und zu Mundgeruch.

Als Kind hatte er in den Ellbeugen ein Ekzem.

Früher litt er häufig an Bronchitis.

Bei der Konsultation hatte er trotz Cortisontherapie ganz massive Beschwerden und es konnte keineswegs von einem stabilen Zustand, den der Augenarzt annahm, die Rede sein. Besorgniserregend war es, daß trotz intensivster schulmedizinischer Therapie der Krankheitsprozeß voranschritt und durch die

Beteiligung der Hornhaut das Augenlicht des Jungen bedroht war. Die letzten Steroidinjektionen hat er zudem nicht mehr gut vertragen. Auffallend war das Destruktive und Agressive seiner Erkrankung.

Mittelfindung und Verlauf

Nach den herkömmlichen homöopathischen Vorgehensweisen bot die Mittelwahl beträchtliche Schwierigkeiten. Da nur wenige chronische Allgemeinsymptome vorliegen und diese zudem etwas dürftig sind, ist der gewöhnliche Lösungsweg nach *Kent*, der chronische Fälle mit den auffallenden Allgemeinsymptomen aufschließt, schwierig. Für die Bönninghausen-Methode fehlen uns dagegen die geforderten wichtigen Modalitäten. Wenn wir uns auf das Therapeutische Taschenbuch beschränken, fehlen die detaillierten Rubriken der Lokalsymptome, die wahlanzeigend in diesem Fall den Lösungsweg markieren.

Auch die pathognomonischen Symptome des Patienten müssen zur Mittelfindung herangezogen werden, auch wenn sie gewöhnlich vernachlässigt werden. Hier aber kennzeichnen sie die besondere Krankheitsform und verweisen auf die Mittel, in deren Wirkungsbereich diese individuelle Entzündung liegt. Repertorisieren wir mit diesen Lokalsymptomen, werden die in Frage kommenden Mittel schnell deutlich. Zuerst fällt ein „degeneratives“ Zeichen, ein Arcus senilis auf, der bei einem 12jährigen Jungen sicher ungewöhnlich ist. Dieses Symptom

„Eye, Opacity of cornea, arcus senilis“ (K 247) / „Augen, Trübung, Arcus senilis“ (KD III, 18)

wird zunächst mit den Rubriken

Eye, Ulceration, cornea (K 269) / Auge, Hornhaut, Geschwüre (KD III, 18)

Eye, spasmodic closure (K 236) / Augen, Bewegungen, krampfhaft geschlossene Augen (KD III, 5)

Eye, Chemosis (K 236) /Augen, Bindehaut, Chemosis (KD III, 6) verbunden.

Dann kommen für den akuten Zustand insbesondere Ars., Merc., Merc-c., neben Sulph. und Puls. in die engere Auswahl.

Die übrigen Rubriken

K 263 E, Pupils, unequal

K 242 E, Inflammation, infants; scrofulous; conjunctiva; cornea.

K 244 E, Injected, conjunctiva full of dark vessels

K 244 E, Itching

K 245 E, Lachrymation

K 252 E, Pain burning

K 261 E, Photophobia

K 265 E, Redness, lids, edges of

K 267 E, Swollen lids; margins of lids

K 267 E, Tears, acrid

bestätigen diese Mittel.

Am 3.7.96 erhält er Arsenicum album 200. (Catellan)

Am 11.7.96 keine Veränderung. Daraufhin Mercurius solubilis 200 (Catellan) mit leichter Besserung.

Am 22.7.96 entschlief ich mich Mercurius solubilis in aufsteigenden Q-Potenzen (06, Q9) (Zinsser) in täglicher Gabe (5 Tropfen auf einen Löffel Wasser) weiter zu verabreichen, da auf die Steroide noch nicht verzichtet werden kann und die Einzelgaben dadurch behindert werden könnten.

Am 17.10.96 ist zwar insgesamt eine Besserung eingetreten, aber die Steroide sind weiterhin nötig.

Er erhält daraufhin jetzt täglich Sulphur 06, (Zinsser) welches sowohl durch die lokalen Symptome, wie auch durch die wenigen chronischen Symptome angezeigt ist:

Extremities, Heat, bot, uncovers them (K 1013) / Extremitäten, Hitze, Fußsohle, nachts, entblößt sie (KD II, 455)

Skin, Itching, wool agg. (K 1329) / Haut, Empfindungen, Jucken, Wolle verschlechtert (KD II, 150)

Bis 7.11.96 dadurch keinerlei Veränderung. Mercurius solubilis hat von den bisherigen Mitteln noch die beste Wirkung gezeigt. Es scheint aber nicht kräftig genug zu sein, dieser aggressiven Erkrankung Einhalt zu bieten. Das Mittel, welches Mercurius solubilis sehr ähnlich, aber in seiner Wirkung noch stärker auf die Schleimhäute wirkt, ist das Sublimat, Mercurius corrosivus.

„Seine Wirkung ist der des Mercurius sol. sehr ähnlich, nur *viel stärker*. Das Sublimat hat viel weniger Feuchtigkeit, das höchste Fieber von allen Quecksilbermitteln und am meisten Schmerz. Es wirkt von allen am stärksten auf die Schleimhäute und die Nieren. Einen der schlimmsten Fälle von gonorrhöischer Conjunctivitis, die ich je gesehen habe, heilte ich mit der 6. Centesimalen des Sublimats, alle drei Stunden etwa 0,2 g. Die Schleimhaut hing in Fetzen weg, so heftig und zerstörend war die Entzündung; es bestand starke Schwellung, und die Lichtscheu war so stark, daß die kleine Kranke die Augen nicht offenhalten konnte. Den Schmerz charakterisierte das Kind durch den Ausdruck: „Es brennt wie Feuer.“

Viele unserer Okulisten betrachten das Sublimat als eines der besten Mittel gegen die *Retinitis* der Brightschen Krankheit. Das Mittel hat auch vielmals pustulöse *Ophthalmie*, *Ulceration* der Hornhaut, *Chorioiditis* und *Kerato-Iritis* mit Verklebungen geheilt. Achten Sie auf die *Heftigkeit der Entzündung* und die Zerstörung des Gewebes?“ (vgl. „Abriß der homöopathischen Arzneimittellehre“ von *George Royal*, S. 149, 1926).

Der Patient erhielt am 7.11.96 Mercurius corrosivus Q3 (Zinsser) mit sehr guter und rascher Besserung. Alle übrigen Medikamente können nach und nach ganz abgesetzt werden. Das Mittel wurde in aufsteigenden 0-Potenzen bis jetzt (3.9.98 bei Beschwerdefreiheit unter

Mercurius corrosivus 039) beibehalten. Die Sommer 97 und 98 verliefen ohne Beschwerden, während in den Jahren zuvor massive allergische Probleme bestanden hatten. Unter dieser Medikation trat einmal fraglich blutiger Stuhl auf, einmal ein Furunkel im Ohr und vorübergehend ein leichter Ausschlag in den Ellbeugen.

Schlußfolgerungen

1. Jedes Quecksilbersalz hat seine eigene spezifische Wirkung, sie sind nicht untereinander austauschbar.
2. Die massiven Vorbehandlungen mit Komplexmitteln und homöopathischen Einzelmitteln schienen für die Heilung kein Hindernis darzustellen. Auch die Einschaltung einer Arzneipause war nicht nötig.
3. Dasselbe trifft auch auf die Steroidbehandlung zu. Es ist nicht zwingend nötig, Steroide bei einer homöopathischen Behandlung abzusetzen. Bei Besserung der Beschwerden, die ja meist trotz der Steroide weiterbestehen und nur gemildert werden, kann man sie allmählich problemlos für den Patienten weglassen. Heroische Verbote von Steroiden können für den Patienten, je nach Krankheit, sehr gefährlich werden. Eine homöopathische Behandlung vom Verzicht des Patienten auf Steroide abhängig zu machen, scheint nur dann Sinn zu machen, wenn bei milden, nicht bedrohlichen Beschwerden, Symptome der Beobachtung des Arztes entzogen werden.
4. Die Arbeitsweise bei der Mittelfindung wird der Symptomatik des Patienten angepaßt,

Therapieresistente Keratoconjunctivitis vernalis

nicht umgekehrt. In diesem Fall waren es die Lokal- und pathologischen Symptome, die zur Mittelwahl führten.

5. Der Fall führt sehr anschaulich vor Augen, wie wichtig das Studium der *Materia medica* ist und wie weit wir vom durchschnittlichen Kenntnisstand der alten homöopathischen Kollegen entfernt sind. Anstatt sich mit spekulativem Unsinn aufzuhalten, der für die tägliche Praxis nur hinderlich ist, sollten wir uns mehr um eine solide Ausbildung in *Materia medica* bemühen.

Literatur

- [1] Keller G v u. J Künfi von Fimmelsberg (Hrsg.): Kents Repertorium. Rd. 1-111. Heidelberg: Haug, 1988. (KD)
- [2] Kent J F Repertory of the Homoeopathic Materia Medica. New Delhi: Jain, 1983. (K)
- [3] Royal G: Abriß der homöopathischen Arzneimittellehre. Regensburg: Sonntag, 1926.
- [4] Rückert T (Hrsg.): Klinische Erfahrungen in der Homöopathie. Bd. 1, 5. 273-275. Dessau: Katz. 1854.

Dr. med. *Andreas Wegener*,
Marktstätte 22/2, D-78464 Konstanz