

Das Auftreten eines akuten Entzündungszustands weist auf eine Besserung bei Fällen von atopischer Dermatitis unter klassischer homöopathischer Behandlung hin: Eine Fallserie

[Seema Mahesh](#), [Mahesh Mallappa](#), [...], und [George Vithoulkas](#)

Zusammenfassung

Die Kontinuumstheorie und die Levels of Health-Theorie vertreten die Idee, dass das Wiederauftreten wirksamer akuter Entzündungen (hohes Fieber) eine echte Verbesserung chronischer Entzündungszustände ankündigt. Wir präsentieren 6 Fälle von atopischer Dermatitis (AD), deren Besserung unter klassischer Homöopathie über ein Jahr oder länger stabil war. Die Fälle wurden retrospektiv anhand der Hanifin Rajka-Diagnosekriterien für atopische Dermatitis ausgewählt und die Nachuntersuchungen anhand von Änderungen auf der SCORAD-Skala (SCORing Atopic Dermatitis Scale) bewertet. Die Bilder dienen als Beweismittel. Zur Beurteilung der Wirkung der Homöopathie in diesen Fällen wurden modifizierte Naranjo-Kriterien zur Beurteilung der kausalen Zuordnung des klinischen Ergebnisses zu einer homöopathischen Intervention verwendet. Alle Fälle besserten sich und stabilisierten sich mit vollständiger Hautheilung (die Fälle, bei denen es innerhalb eines Jahres zu einem Rückfall kam, wurden nicht berücksichtigt). Diese Patienten litten seit Beginn/Verschlimmerung der AD nicht unter hohem Fieber/akuten entzündlichen Erkrankungen. Fünf der sechs Fälle entwickelten akute entzündliche Erkrankungen, als sich der chronische Zustand besserte. Der letzte Fall zeigte die Rückkehr einer alten, geringeren Pathologie. Die Kontrollfälle, bei denen unter klassischer Homöopathie keine Besserung eintrat, zeigten auch bei Auftreten akuter Entzündungszustände eine bemerkenswerte Hautheilung. In dieser Studie besteht ein sich gegenseitig ausschließender Zusammenhang zwischen wirksamer akuter Entzündung und chronischer Entzündung, was mit den beiden hier betrachteten Theorien übereinstimmt. Weitere wissenschaftliche Studien sind erforderlich, um das Phänomen auf Gewebeebene zu etablieren.

Hintergrund

Die Idee, dass der Beginn einer chronisch entzündlichen Erkrankung das Fehlen einer wirksamen akuten Immunantwort impliziert, wurde von Vithoulkas und Carlino vertreten.¹ Die Theorie geht auch davon aus, dass unter klassischer homöopathischer Therapie mit der Besserung des chronischen Entzündungszustands die Fähigkeit des Organismus, eine wirksame akute Entzündungsreaktion auf pathogene Reize auszulösen, zurückkehrt; und dies ist ein greifbares klinisches Phänomen, das die stabile Verbesserung der betreffenden chronischen Krankheit bestätigt.

Diese Studie zielte darauf ab, herauszufinden, ob eine solche Korrelation tatsächlich in realen Szenarien durch die Untersuchung von Fällen von atopischer Dermatitis (AD) erkennbar ist. Das Einschlusskriterium für diese Studie war – Stabilität der Verbesserung der atopischen Dermatitis für mindestens 1 Jahr nach der klassischen homöopathischen Behandlung. Atopische Dermatitis (AD) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung, von der weltweit über 20 % der Kinder und 3 % der Erwachsenen betroffen sind.³ Oftmals ist sie der erste Schritt auf dem Weg allergischer Erkrankungen (Nahrungsmittelallergie, Asthma, allergische

Rhinitis, allergische Konjunktivitis und eosinophile Ösophagitis).³ Sie verläuft in der Regel chronisch rezidivierend und wird durch konventionelle Therapie nur kontrolliert, aber nicht geheilt.^{3,4}

Neueste Forschungsergebnisse zeigen, dass Atopie eine systemische Beteiligung darstellt und nicht nur auf die kutane Erkrankung beschränkt ist. Verschiedene mit AD verbundene Komorbiditäten (kardiovaskulär, neuropsychiatrisch, maligne Erkrankungen usw.) scheinen die systemische Erkrankung zu bestätigen.⁵ In Bezug auf die Behandlung ist die Kontrolle des Juckreizes in diesen Fällen trotz zahlreicher therapeutischer Lösungen eine besondere Herausforderung. Die Mastzellen, die für die Auslösung und Verstärkung der allergischen Reaktion verantwortlich sind, setzen viele Pruritogene frei. Ursprünglich ging man davon aus, dass Histamin über seine Rezeptoren auf sensorischen Neuronen das Juckreizgefühl auslöst, und H1-Antihistaminika wurden zur Kontrolle von AD-bedingtem Juckreiz eingesetzt. Dies war jedoch klinisch enttäuschend. Jüngste Studien haben die Rolle der von Mastzellen freigesetzten Interleukine bei der Entstehung von Juckreiz bei AD aufgezeigt und es werden neue Therapiestrategien entwickelt, die die Blockierung dieser Interleukine beinhalten.⁶⁻⁸ Darüber hinaus haben Studien gezeigt, dass es zwar Hinweise darauf gibt, dass Menschen mit AD auf Allergene sensibilisiert sind, bei über 20 % von ihnen jedoch keine Sensibilisierung vorliegt, und zwar gegenüber keinerlei Allergenen. Dies impliziert, dass die Krankheit unterschiedliche Phänotypen aufweist und die Behandlung auf die genetische und phänotypische Ausstattung jedes Einzelnen zugeschnitten werden muss.⁴ Forscher sind sich einig, dass AD das Ergebnis einer allergischen Konstitution ist und diese Tendenz zu Allergien angegangen werden muss.³

In der klassischen Homöopathie werden die vollständigen erblichen Merkmale und das phänotypische Erscheinungsbild (besonderes symptomatisches Erscheinungsbild) eines Patienten im Detail untersucht und das ausgewählte Arzneimittel so weit wie möglich klinisch individualisiert.⁹ Es gibt Berichte, die ähnliche Möglichkeiten bei anderen dermatologischen Pathologien wie Vitiligo aufzeigen.¹⁰

Wir führten eine retrospektive Analyse von AD-Fällen aus klinischen Aufzeichnungen durch, die hier als eine Reihe von 6 mit AD diagnostizierten Fällen dargestellt werden, die durch retrospektive Darstellung anhand der Hanifin-Rajka-Kriterien für atopische Dermatitis erneut bestätigt wurden. Sie hatten sich alle über ein Jahr oder länger unter individueller klassischer homöopathischer Behandlung stabilisiert. Die Ergebnisse wurden anhand der SCORing Atopic Dermatitis Scale (SCORAD)¹¹ bewertet (Abbildung 1). Am Ende wurden die Fälle auf die Entwicklung etwaiger akuter entzündlicher Erkrankungen und deren Korrelation mit dem SCORAD untersucht, der auf die hier in Frage stehende chronische entzündliche Erkrankung hinweist (Abbildung 2).

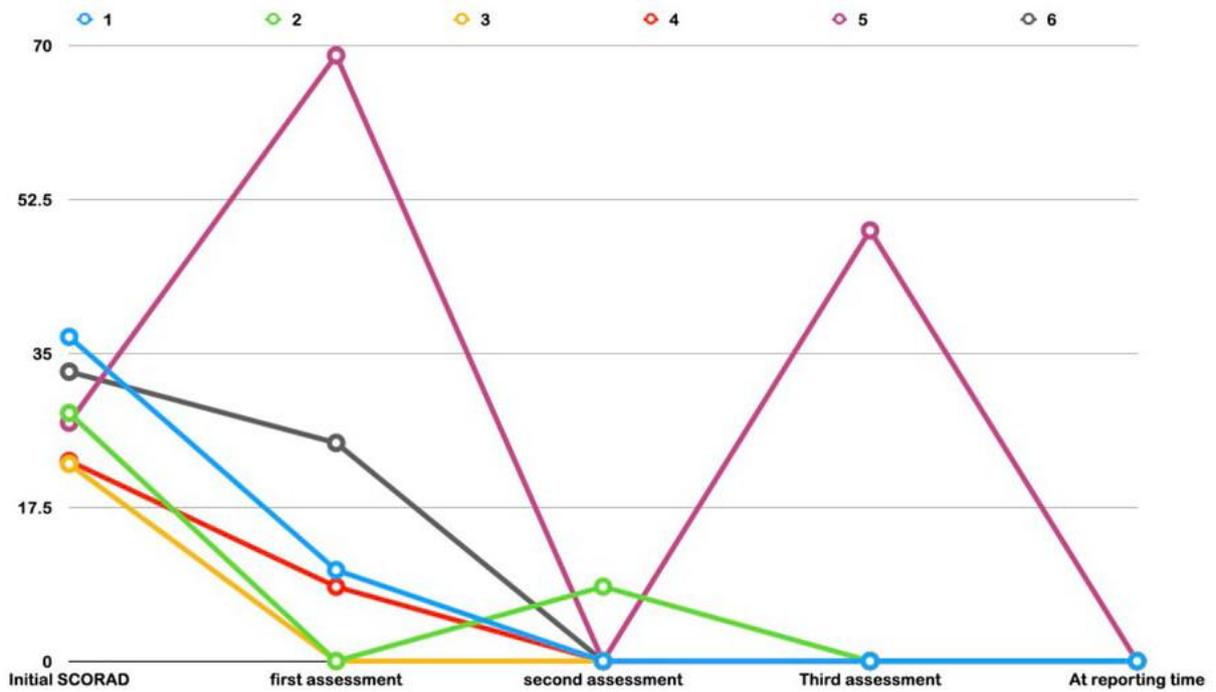


Abbildung 1. SCORAD graph aller Fälle.

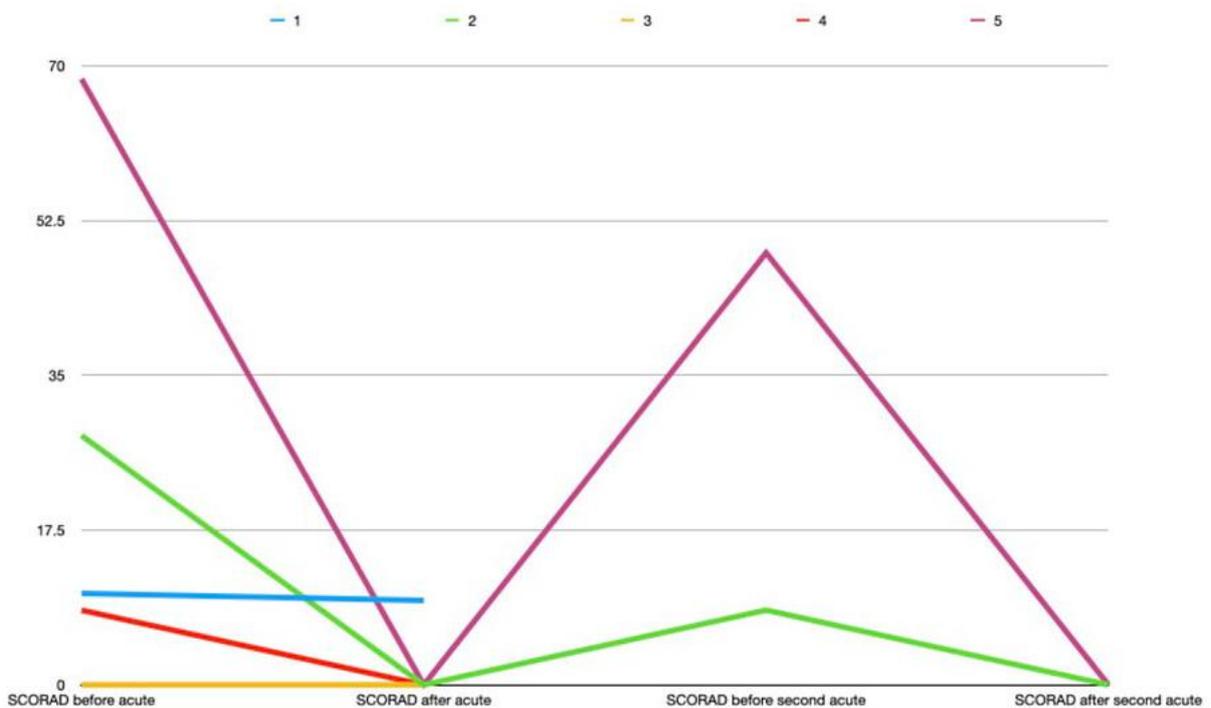


Abbildung 2. Korrelation der akuten Erkrankung mit SCORAD.

Um zu testen, ob dies bei jeder akuten Entzündung zutrifft, haben wir den gleichen Zusammenhang in Fällen untersucht, bei denen es unter homöopathischer Behandlung zu keiner Besserung kam.

Das Ziel dieser Studie bestand darin, anhand realer Szenarien zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer effizienten akuten Entzündung und der Verbesserung der chronischen Entzündungszustände (in diesem Fall AD) besteht.

Fallserie

Die Fallserie umfasste 6 Patienten unter klassischer homöopathischer Behandlung. Das Einschlusskriterium war die Aufnahme von AD für 1 Jahr oder länger nach Beendigung der Behandlung. Tabelle 1 enthält Einzelheiten zu den Patientenmerkmalen. Das Alter der Patienten lag zwischen 3 Monaten und 39 Jahren. Einer von ihnen war männlich. Die Diagnose AD wurde retrospektiv anhand der Hanifin-Rajka-Kriterien bestätigt¹² (Tabelle 2). Keiner dieser Patienten verwendete zum Zeitpunkt der Konsultation oder während der Nachuntersuchungen ein pharmakologisches Mittel zur Behandlung seiner Beschwerden. Bei keinem von ihnen traten während der Behandlung Nebenwirkungen auf. Der Schweregrad der Alzheimer-Krankheit wurde mithilfe der SCORAD-Skala beurteilt und der Verlauf entsprechend aufgezeichnet (Abbildungen 3–8). Wenn die klinischen Ergebnisse nicht während der Konsultation beurteilt wurden, erfolgte eine retrospektive Beurteilung anhand der detaillierten Beschreibung der klinischen Aufzeichnungen und der Fotos.

Table 1. Atopic dermatitis case series – patient characteristics.

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Age at consultation	6 mo	22 y	13 y	15 y
Sex	M	F	F	F
AD since	3 mo age	4 y age; aggravated since age 12	Past 4 mo	7 y age
Allergy test result	IgE 13.2 IU/ml (normal: <12 IU/ml for less than 12 mo age) allergy test positive with low titre for Dermatophagoides Pteronnyssinus (D1): 0.52 U/ml, Dermatophagoides Farinae (D2): 0.52 U/ml, Dermatophagoides Microceras (D3): 0.52 U/ml, Cat dander (HYCOR E1): 0.45 U/ml, Dog epithelial cells (E2): 0.45 U/ml	Allergy test positive for milk, wheat and gluten (reports are from her 14 y age)	Not done	Not done
Co morbidities	Nil	Nil	Tinea versicolor, irregular menses	Painful menses
Last fever	Nil	Over 5 y ago; No fever since aggravation of AD; recurrent tonsillitis in early childhood	5 y ago at the age of 8 y; She developed chicken pox at the age of 9 y but without fever	10 y ago with upper respiratory tract infections
Family history of allergy	Mother – allergic to cereals	Nil	Mother had allergic bronchitis	Both the parents – allergy

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Initial SCORAD	36.8	28.2	22.4	22.75
First consultation date	27/8/07	11/2/14	12/3/18	28/8/13
Treatment period	5 mo	44 mo	10 mo	5 y and 2 mo
Homeopathic remedies given (in sequence)	Graphites 200CH, Calcarea carbonica 200CH, Natrum muriaticum 200CH to the mother, Natrum muriaticum 200CH to the patient	Medorrhinum 200CH, Sulphur 30CH, Baryta carbonica 1M	Graphites 6CH, Carcinosinum 200CH	Graphites 200CH, Psorinum 200CH, Natrum muriaticum 200CH and 1M
Fever/acute after treatment	Fever of 101.8°F after Natrum muriaticum given to mother	Tonsillitis with fever of 102.7°F after Medorrhinum, mild tonsillitis with fever of 102.3°F after Baryta carb	Viral fever with cough and temperature of 101.3°F	After Natrum muriaticum 1M viral fever with temperature of 104°F. The homeopath was unavailable so this was treated conventionally following which AD relapsed. Natrum muriaticum 1M was repeated following which fever occurred again with temperature of 103°F
Treatment for the acute episode	Nil	Baryta carb 1M	Nil	Natrum muriaticum 200CH
SCORAD after acute	9.55	8.46	0 (patient had achieved skin clearance before the acute. the irregular menses became regular after the fever)	0
SCORAD at last follow up	0	0	0	0
Time since last consultation	11 y	32 mo	18 mo	18 mo
Any relapse during follow up?	Nil	Nil	Nil	Nil

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4
Sensitivity to allergens	Not seen	Not seen	Not seen	Not seen

Table 2. Hanifin Rajka atopic dermatitis diagnostic criteria fulfilled by each case.

Criteria	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	C
Basic criteria	3 or more must be present				
Pruritus					
Typical morphology and distribution according to age					
Chronic or chronically relapsing dermatitis					
Personal/family history of atopy					
Minor criteria	3 or more must be present				
Xerosis					
Ichthyosis/palmar hyperlinearity/keratosis pilaris					
Type I hypersensitivity skin reactivity					
Elevated serum IgE					
Early age of onset					
Tendency to cutaneous infections					
Tendency to non specific hand and foot dermatitis					
Nipple eczema					
Chelitis					
Recurrent conjunctivitis					
Dennie-Morgan infra orbital line					
Keratoconus					
Anterior sub capsular cataracts					
Orbital darkening					
Facial pallor/erythema					
Pityriasis alba					
Anterior neck folds					
Itching during sweating					
Intolerance to wool and lipid solvents					
Perifollicular accentuation					
Food intolerance					
Course influenced by environmental/emotional factors					
White dermographism/delayed blanch					



Descent of AD
downwards
while clearing
face



Figure 3. Case 1 evolution of atopic dermatitis under treatment.

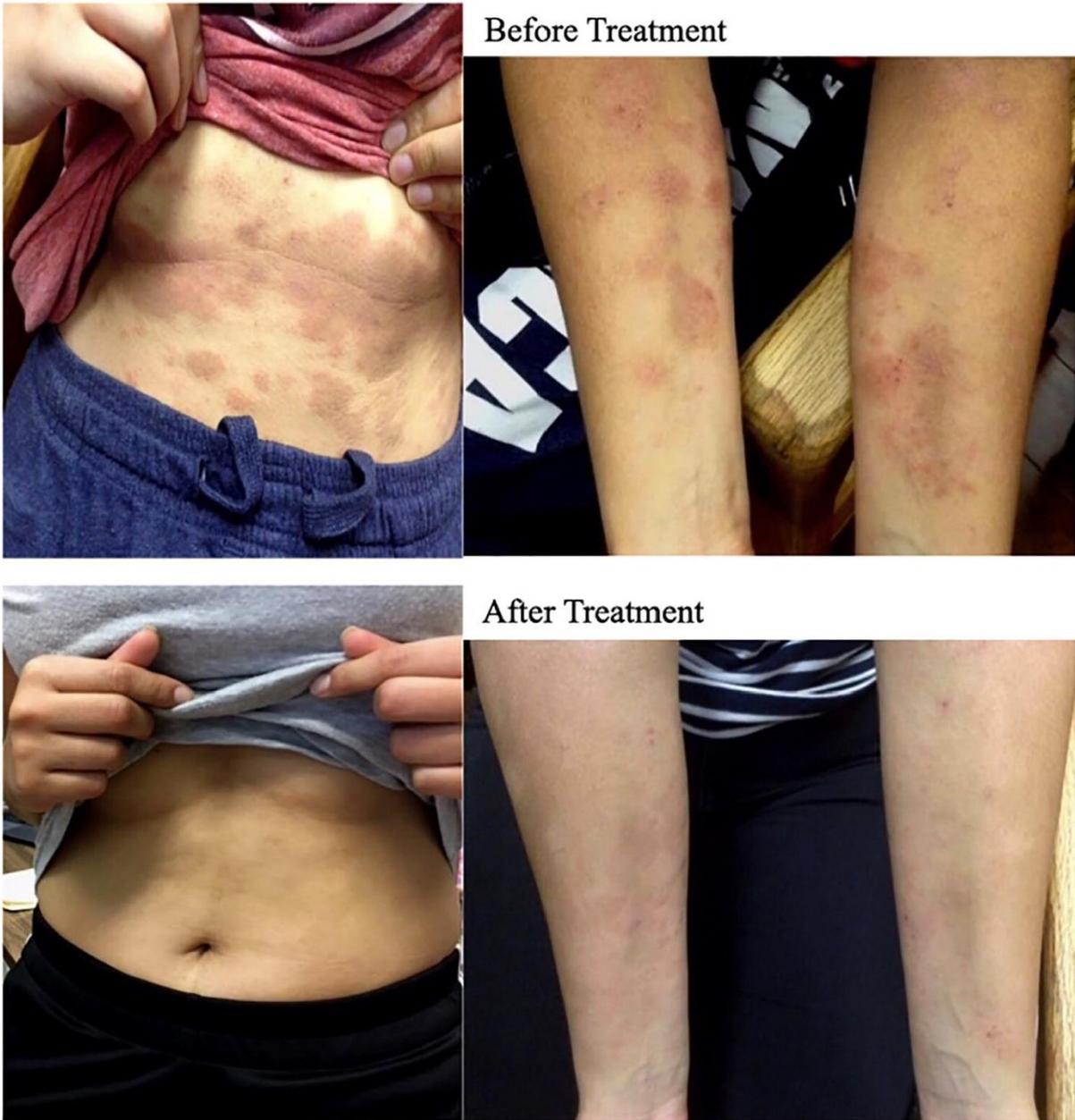


Figure 4. Case 2 evolution of atopic dermatitis under treatment.



Before Treatment



After Treatment



Figure 5. Case 3 evolution of atopic dermatitis and pityriasis versicolor under treatment.



When eczema appeared on palm



After Treatment

Figure 6. Case 4 evolution of atopic dermatitis under treatment – after shift to palm.



Figure 7. Case 5 evolution of atopic dermatitis under treatment.



Figure 8. Case 6 evolution of atopic dermatitis under treatment.

Fall 1 (Abbildung 3)

Ein 6 Monate alter griechischer Säugling wurde am 27.08.2007 mit ausgeprägter AD im Gesicht, Peeling, Krustenbildung und starkem Juckreiz (SCORAD 36,8) zur Welt gebracht. Es trat erstmals im Alter von 3 Monaten auf. Das Kind wurde ausschließlich gestillt und es waren keine weiteren Beschwerden erkennbar.

Familienanamnese: Mutter hatte vor 5 Jahren eine allergische Reaktion auf Getreide.

Erste Verschreibung: Dem Säugling wurde Graphites 200CH 1 Dosis verschrieben.

Follow-up: 2 Tage später kam es zu einer leichten therapeutischen Verschlechterung (eine erwartete Reaktion nach der Einnahme des Arzneimittels und kein unerwünschtes Ereignis), gefolgt von einer deutlichen Besserung der Dermatitis ab dem sechsten Tag (SCORAD 10,35).

Als im Alter von 8 Monaten feste Nahrung eingeführt wurde, erlitt der Säugling einen Rückfall und Graphites 200CH musste wiederholt werden. Das Baby wurde weiterhin gestillt. Jeder Versuch, feste Nahrung (Obst, Gemüse, Getreide, Huhn, Fleisch) einzuführen, führte zu einem Rückfall der AD. Calcareo carbonica 200CH wurde mit geringer Wirkung verschrieben. Der Arzt versuchte nun, die Mutter zu behandeln. Während dieses Konzept einer wissenschaftlichen Untersuchung bedarf, gibt es einige Belege für die Veränderung der Zusammensetzung der Muttermilch, wenn die Mutter psychisch beeinträchtigt ist.¹³ In den Studien wurden andere Auswirkungen einer solchen Veränderung beim Säugling untersucht, jedoch nicht speziell die atopische Dermatitis. Unter homöopathischen Ärzten ist es jedoch ein weithin akzeptiertes klinisches Phänomen, dass das gestillte Kind bei einer Beeinträchtigung der Mutter körperliche und psychische Beschwerden entwickeln kann. Hier stellte sich heraus, dass die Mutter über den Verlust eines geliebten Menschen (während der

Schwangerschaft dieses Kindes) trauerte. Ihr detaillierter Fall wurde aufgenommen und ihr wurde Natrium muriaticum 200CH und 1M verschrieben.

Darauf folgte eine therapeutische Verschlimmerung bei der Mutter, bei der sie zwei Tage lang eine Intensivierung ihrer Traurigkeit verspürte, begleitet von Fieber von 100,4 °F, und der Säugling entwickelte am vierten Tag der Behandlung der Mutter Fieber von 101,8 °F. Dauer 24 Stunden. Sowohl Mutter als auch Kind verbesserten sich danach deutlich (SCORAD 9,55). Die AD im Gesicht des Säuglings ließ nach und es entwickelten sich Ausschläge am Rumpf (eine Verschiebung der Hautläsionen nach unten ist laut Homöopathie ein Hinweis auf eine Besserung). Der Säugling wurde nach und nach an feste Nahrung herangeführt und im Alter von 11 Monaten kam es zu einem Rückfall, als er an Eier und Fisch herangeführt wurde. Nun wurde dem Kind direkt Natrium muriaticum verabreicht, was zu einer vollständigen Besserung der AD führte (SCORAD 0).

Ergebnis: Die Nachuntersuchung im Alter von 12 Jahren zeigt keine allergischen Episoden seit der letzten im Alter von 11 Monaten (Abbildung 1).

Fall 2 (Abbildung 4)

Eine 22-jährige Amerikanerin konsultierte am 02.11.2014 den homöopathischen Arzt wegen AD im Gesicht, am Hals, an den Armen und am Bauch (SCORAD 28,2). Das Ekzem trat zum ersten Mal an ihren Armen auf, als sie 4 Jahre alt war, und breitete sich langsam auf den Hals aus. Seit dem Vorjahr breitete es sich auf das Gesicht aus und trat am Bauch auf. Im Alter von 14 Jahren wurde sie auf Nahrungsmittelallergien getestet und es wurde eine Allergie gegen Milch, Weizen und Gluten festgestellt.

Die Plaques waren gerötet, stark juckend und trocken. Manchmal kratzte sie sich, bis es blutete. Das Gesicht war sehr trocken und schmerzte, und sie musste mehrmals täglich Lotion auftragen. Sie kam mit einem kleinen Behälter Vaseline herein und trug es während der Konsultation auf ihr Gesicht auf.

Außerdem litt sie unter intermittierendem Asthma, das etwa im Alter von sieben Jahren auftrat. Meistens störte es sie bei Erkältungen. Als sie betroffen war, benutzte sie einen Rettungsinhalator und nahm dagegen keine regulären Medikamente ein.

Vorerkrankungen: Sie litt im frühen Kindesalter an wiederkehrenden Mandelentzündungen, die mit Antibiotika behandelt wurden. Ihr Vater starb, als sie 12 Jahre alt war, und zu diesem Zeitpunkt kam es zu einer deutlichen Verschlimmerung des Ekzems. Das letzte Mal hatte sie vor fünf Jahren im Alter von 17 Jahren hohes Fieber. In den letzten fünf Jahren hatte sie einige akute leichte Erkrankungen ohne Fieber.

Familienanamnese: Ihre Mutter litt als Kind an Thalassämie; ihr Vater war gesund, starb aber im Alter von 42 Jahren bei einem Autounfall. Beide Großväter hatten Herzinfarkte, eine Großmutter hatte einen Schlaganfall und die andere hatte Demenz, beide Großmütter hatten hohen Blutdruck.

Erste Verschreibung: Medorrhinum 200CH 1 Dosis.

Folgeuntersuchung: (Medorrhinum) brachte innerhalb weniger Monate Fieber hervor, woraufhin die Mandelentzündung wie in ihrer Kindheit immer wieder auftrat. Sulphur 30CH und Barium carbonicum 1M wurden verschrieben, was letztendlich zu einer vollständigen Remission der Haut und einer Verringerung der Mandelentzündungsepisoden führte.

Ergebnis: Mit Stand vom 08.05.2009 war der Patient seit August 2016 frei von AD (Abbildung 3) und hatte einige Episoden einer Mandelentzündung mit Fieber, die von selbst abklangen. Ansonsten ging es ihr gut und sie war glücklich.

Fall 3 (Abbildung 5)

Ein 13-jähriges indisches Mädchen, das in Dubai lebt, litt seit vier Monaten an AD der Brustwarzen (mehr auf der rechten Seite) (SCORAD 22,4). Die Brustwarzen nässten und waren mit starkem Juckreiz verkrustet. Außerdem hatte sie seit sechs Monaten Pityriasis auf der rechten Wange und seit sechs Monaten Amenorrhoe. Am 03.12.2018 suchte sie erstmals eine homöopathische Konsultation auf.

Das Mädchen hatte in den letzten zehn Jahren immer wieder Pityriasis im Gesicht. Wann immer sie auftauchten, behandelte sie sie mit Clotrimazol-Creme. Außerdem hatte sie im Alter von 12 Jahren eine Ekzemepisode am Unterbauch, die mit topischen Steroiden verschwand. Bis zum Alter von 8 Jahren entwickelte sie gelegentlich einen akuten Anfall mit hohem Fieber, aber seit dem 8. Lebensjahr bekam sie weder einen akuten Anfall noch Fieber mehr. Sie erkrankte im Alter von 9 Jahren an Windpocken und verwendete damals Zovirax-Creme. Die Menarche kam im August 2017 und die nächste Periode kam pünktlich im September 2017. Danach kam es bis zur homöopathischen Konsultation zu sekundärer Amenorrhoe.

Familienanamnese: Die Mutter hatte während der Schwangerschaft und Stillzeit dieses Kindes eine chronische Bronchitis und musste Bronchodilatoren und Antibiotika einnehmen. Sie hatte ein polyzystisches Ovarialsyndrom und wurde im Alter von 40 Jahren einer Hysterektomie unterzogen. Bei den Großeltern gab es Vorgeschichte von Diabetes mellitus, Bluthochdruck und Myokardinfarkt.

Erste Verschreibung: Graphites 6 CH in steigenden Verdünnungen jeden Tag für 3 Wochen. Follow-up: 21.01.2019: Die AD ging vollständig zurück und die Haut wurde innerhalb eines Monats nach Graphites 6 CH glatt. Sie hatte bis Oktober 2018 regelmäßige Menstruation, aber seitdem kam es zu Amenorrhoe und die Pityriasis war seit einigen Tagen sehr leicht rückläufig. Das Mädchen hatte große Angst vor den bevorstehenden Abschlussprüfungen. Ihr wurde 3 Wochen lang Carcinosinum 200CH verschrieben.

02.06.2019: Der Patient entwickelte nach 5 Jahren akutes Virusfieber mit Husten, Durchfall und Erbrechen mit einer Temperatur von 40 °C. Dies ließ ohne Medikamente innerhalb von 2 Tagen nach. Sie hatte 3 Wochen nach der Carcinosinum-Therapie ihre Menstruation und seitdem regelmäßig.

Ergebnis: Die letzte Nachuntersuchung erfolgte am 09.08.2019; Das Mädchen war seit April 2018 frei von AD (Abbildung 3) und auch die Komorbidität der Pityriasis reagierte gut. Sie entwickelte erneut hohes Fieber, das seit ihrem achten Lebensjahr nicht mehr bestand.

Fall 4 (Abbildung 6)

Ein 15-jähriges indisches Mädchen konsultierte am 28.08.2013 den Homöopathen wegen AD sowohl der Brüste als auch der Kniekehle und des Gesichts (SCORAD 22,75). Sie litt seit acht Jahren unter dieser Krankheit. Die Läsionen waren im Allgemeinen trocken, rissig und juckend, an den Brustwarzen waren sie jedoch rissig, nässend und schmerzhaft. Sie musste einen Verband an den Brustwarzen anlegen, um zu verhindern, dass der Ausfluss durch ihre Kleidung sickerte. Außerdem litt sie unter allergischem Schnupfen und musste morgens niesen. Sie hatte in den ersten drei Tagen ihrer Menstruation Dysmenorrhoe. In der frühen Kindheit bekam sie gelegentlich hohes Fieber mit Infektionen der oberen Atemwege, wurde aber meist mit Antibiotika behandelt und hatte seit über 10 Jahren kein hohes Fieber mehr. Im Alter von 4 Jahren hatte sie zwei Episoden pfeifender Atmung und bekam Inhalatoren.

Familienanamnese: In der Familie bestand eine starke allergische Tendenz – beide Eltern hatten allergische Rhinitis und der Großvater väterlicherseits hatte Asthma; Die Großmutter mütterlicherseits litt an Speiseröhrenkrebs und der Großvater mütterlicherseits an Prostatakrebs.

Erstes Rezept: Graphites 200CH 1 Dosis.

Follow-up: Nach dieser Verordnung kam es zu einer therapeutischen Verschlechterung, der eine weitgehende Remission der Läsionen folgte. Es dauerte jedoch lange, bis sich in dem Fall echte Veränderungen zeigten. Im Dezember 2013 wurde ihr Psorinum 200CH verschrieben, wodurch die Hautläsionen über ein Jahr lang in Schach gehalten wurden. Später änderte sich das Symptombild erneut und als nächstes wurde Petroleum 200CH erforderlich. Nach der Verschreibung von Natrium muriaticum 200CH im Februar 2015 begannen sich die Läsionen jedoch nach distal zu bewegen, was nach den Regeln der Homöopathie eine wichtige Entwicklung darstellt und ein gutes Ansprechen auf die Behandlung darstellt. Die Dermatitis-Flecken auf Brust, Gesicht und Hals verschwanden vollständig und die Läsion begann auf ihrer Handfläche (SCORAD 8,45). Anfangs juckte und nässte stark, aber mit Natrium muriaticum 200CH und später 1M wurde auch das völlig besser. Zu diesem Zeitpunkt (Dezember 2018) entwickelte die Patientin sehr hohes Fieber (46 °C), das sie seit ihrer frühen Kindheit nicht mehr gehabt hatte, und da der Homöopath zu diesem Zeitpunkt nicht verfügbar war, musste die Patientin Antibiotika einnehmen. Unmittelbar darauf kam es zu einem Rückfall der palmaren Dermatitis und die Gabe von Natrium muriaticum 1M musste wiederholt werden.

Ergebnis: Seit der Wiederholung von Natrium muriaticum 1M im Dezember 2018 ist die Haut bis heute klar geblieben (SCORAD 0) (Abbildung 5). Ihr Schnupfen ist stark zurückgegangen, ebenso die Schmerzen während der Menstruation.

Fall 5 (Abbildung 7)

Ein 3 Monate altes griechisches Mädchen wurde am 26.05.2009 mit schwerer AD an den Wangen, hinter den Ohren, an Armen und Beinen zur Sprechstunde gebracht (SCORAD 27,1). Das Baby begann im Alter von 25 Tagen allergische Symptome zu zeigen, die nicht nachließen, als die Mutter allergene Nahrungsmittel meidete. Anschließend wurde mittels Radioallergosorbent-Test (RAST) eine Allergie gegen Milch (Kuh, Ziege) 4+, Gluten 4+, Ei (Eigelb, Eiweiß) 3+ getestet. Sie konnte das Stillen nicht vertragen und erhielt eine spezielle Aminosäurenahrung ohne Kuhmilchproteine, Gluten und Laktose. Dadurch konnte ihre atopische Dermatitis leicht reduziert werden. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft dieses Kindes unter schwerer Anämie und Kopfschmerzen gelitten und musste sich in der 37. Schwangerschaftswoche einer Bluttransfusion unterziehen. Unmittelbar darauf folgte eine Positionsänderung des Fußes, obwohl er sich zur Entbindung bereits in der Kopfstellung befand. Der Mutter wurde das homöopathische Mittel Pulsatilla 200CH verschrieben, woraufhin sich der Fötus wieder im Kopf befand und eine normale Entbindung erfolgte. Das Baby litt drei Tage nach der Geburt an Omphalitis und erhielt das homöopathische Mittel Abrotanum 200CH, das zur Linderung der Infektion beitrug – eine andere Behandlung erfolgte nicht.

Familienanamnese: Die Mutter ist allergisch gegen Propranolol, Ciprofloxacin, Parietaria, Gras und Nüsse. Im Alter von 21 Jahren litt sie unter einem Kehlkopfüdem durch Weintrauben. Außerdem leidet sie unter chronisch starken Cluster-Kopfschmerzen. Der Vater hat Urtikaria durch Pfirsich. Ihre Schwester, 4 Jahre alt, litt im Alter von 4 bis 14 Monaten an leichter atopischer Dermatitis.

Erste Verschreibung: Astacus fluviatilis C30, 2 Dosen pro Tag, jede Woche um 1 Potenz steigend.

Follow-up: Das Problem eskalierte erheblich, als ihre Schwester ihr versehentlich ein Stück Apfel fütterte (SCORAD 68,5) (Zusatzvideo 1). Dies reagierte gut auf Apis mellifica 200CH. Danach kam es jedoch zu Episoden einer akuten Bronchitis mit hohem Fieber, die mit Kali carbonicum C200 behandelt werden mussten. Nachdem die Bronchitis zurückgegangen war, kam es zu einem weiteren Anfall von AD (SCORAD 48,95). Als diese Episode mit Psorinum C12 behandelt wurde, klärte sich die Haut vollständig, aber sie entwickelte erneut eine leichte

Bronchitis, gefolgt von einer akuten Mittelohrentzündung mit unangenehmem Ausfluss aus dem Ohr. Danach blieb die Haut klar.

Ergebnis: Im Alter von 3,5 Jahren konnte sie die meisten Lebensmittel außer Obst und Gemüse essen. Die AD trat nicht erneut auf. Im Alter von 10 Jahren, das ist die jüngste Einschätzung, hatte sie noch keinen Ausschlag und zeigte eine leichte Unverträglichkeit gegenüber Obst und Gemüse. Von manchen Früchten bekam sie einen leichten Juckreiz im Hals, andere konnte sie aber gut vertragen. Gelegentlich leichtes Jucken im Hals, wenn sie Fisch gegessen hat (aber keine Garnelen oder Tintenfisch, was sie gut verträgt), aber das vergeht schnell. Ihr ging es im Allgemeinen gut und sie hatte seit ihrem zweiten Lebensjahr keine Medikamente mehr erhalten.

Fall 6 (Abbildung 8)

Eine 39-jährige indische Frau wurde mit atopischer Dermatitis am linken Knöchel vorgestellt, die lichenifiziert, rissig und stark juckend war (SCORAD 32,9). Sie hatte in den letzten 2 Jahren ein leichtes Ekzem entwickelt, das sich jedoch in den letzten 2 Monaten stark verschlimmert hatte. Sie hatte eine leichte Rhinitis, weil sie Staub ausgesetzt war. Sie litt auch unter Depressionen und war gegenüber allem im Leben apathisch. Sie hatte keine nennenswerte medizinische Vorgeschichte.

Familienanamnese: Vater hatte Ekzeme und bei ihren Onkeln und Cousinen ersten Grades gab es starke Herzbeschwerden.

Behandlung: Sie wurde zu Beginn hauptsächlich wegen ihrer Depression behandelt. Bis Anfang 2015 kämpfte sie mit Depressionen und während der Behandlung dieser Erkrankung kam es zu keiner nennenswerten Veränderung der AD. Doch Anfang 2015 begann sie mit der Heilung auf emotionaler Ebene und die Haut rückte in den Mittelpunkt der Behandlung. Am 1.10.2015 lag der SCORAD noch bei rund 39. Ihre Depression ging ihr besser als zuvor, aber sie litt unter Episoden intensiver Traurigkeit und neigte dazu, ständig über vergangene unangenehme Ereignisse nachzudenken.

Erste Verordnung (für AD): Ignatia amara 200CH 3-mal täglich für 3 Tage.

Nachverfolgung:

28.03.2015: Dem Patienten ging es emotional viel besser. Keine Traurigkeit oder deprimiertes Gefühl. Die Haut war besser als zuvor, aber nicht wesentlich. SCORAD 24,8.

Rezept: Rhus-tox 200CH 1 Dosis.

27.06.2015: Am linken Zeigefinger ist eine neue Warze aufgetaucht; AD-Ausschläge waren besser – nur Juckreiz blieb bestehen, Schlafstörungen; SCORAD 9,5. Auch die Rhinitis war vollständig zurückgegangen.

Rezept: Thuja occidentalis CH 1 Dosis.

Der AD-Zustand ließ nach dieser Phase langsam nach, während die Hühneraugen an den Fußsohlen und der Fingerabdruck an der Handfläche die Hauptbeschwerden waren.

24.04.2016: Das Ekzem ist vollständig abgeklungen; SCORAD 0; keine allergische Rhinitis; emotional geduldig war besser.

Ergebnis: Der Patient konsultierte weiterhin wegen der Warze an der Hand und der schmerzhaften Hühneraugen an den Füßen.

Der Patient meldete sich regelmäßig und wurde zuletzt am 16.08.2019 nachuntersucht. Es gab keine Rückfälle der Depression, AD oder Rhinitis.

Diese Fälle wurden über einen beträchtlichen Zeitraum weiterverfolgt (Tabelle 1) und die Hautheilung war stabil. In jedem dieser Fälle trat seit Beginn der AD kein hohes Fieber auf.

Unter der Behandlung entwickelten 4 dieser Fälle hohes Fieber aufgrund von Infektionen verschiedener Art, bevor die Hautheilung (SCORAD 0) erreicht wurde (Abbildung 2).

Die akuten Erkrankungen wurden, wenn eine Behandlung gerechtfertigt war, auch mit Homöopathie behandelt, andernfalls durften sie unter strenger Aufsicht laufen. In einem Fall trat nach der Hautreinigung hohes Fieber auf und im letzten Fall traten alte Beschwerden auf, die schon lange vor dem Auftreten der AD bestanden, aber kein Fieber. Die anfänglichen AD-Werte wiesen ein breites Spektrum auf (Abbildung 1; Tabelle 1), laut Kunz et al. überwiegend mittelschwere AD. 14 Fünf der Patienten hatten eine positive Familienanamnese für Atopie und drei von ihnen wurden auf spezifische Allergien/Atopie getestet und diagnostiziert. Alle Patienten wurden entsprechend den Prinzipien der Homöopathie mit individuellen Arzneimitteln behandelt, die auf ihren jeweiligen Symptomen basierten. Der mittlere anfängliche SCORAD betrug $28,36 \pm 5,664$ und der mittlere SCORAD nach akuten Infektionen oder dem Auftreten unterdrückter alter Beschwerden betrug $4,59 \pm 5,037$ ($P < .0001$), was eine statistische Signifikanz darstellt, obwohl die Signifikanz bei einer so kleinen Stichprobe möglicherweise kein reales Bild liefert.

Kontrollfälle: (Tabelle 2).

Wir verglichen 6 AD-Fälle mit chronisch-schubförmigem Verlauf als Kontrolle für das Auftreten akuter Infektionskrankheiten. Die Fälle waren in einer ähnlichen Altersspanne (3 Jahre-36 Jahre). Vier waren Frauen und zwei waren Männer. Einer dieser Fälle zeigte während der Nachbeobachtungszeit kein Fieber und drei zeigten gelegentliches Fieber, das im milden Bereich (100°F - 101°F) lag, und zwei von ihnen zeigten jemals hohes Fieber (102°F - 103°F). Der durchschnittliche anfängliche SCORAD betrug 14,5. Der durchschnittliche SCORAD nach Fieber betrug in diesen Fällen 6 (Abbildung 9) und der endgültige durchschnittliche SCORAD betrug 5,17 ($P = .0031$).

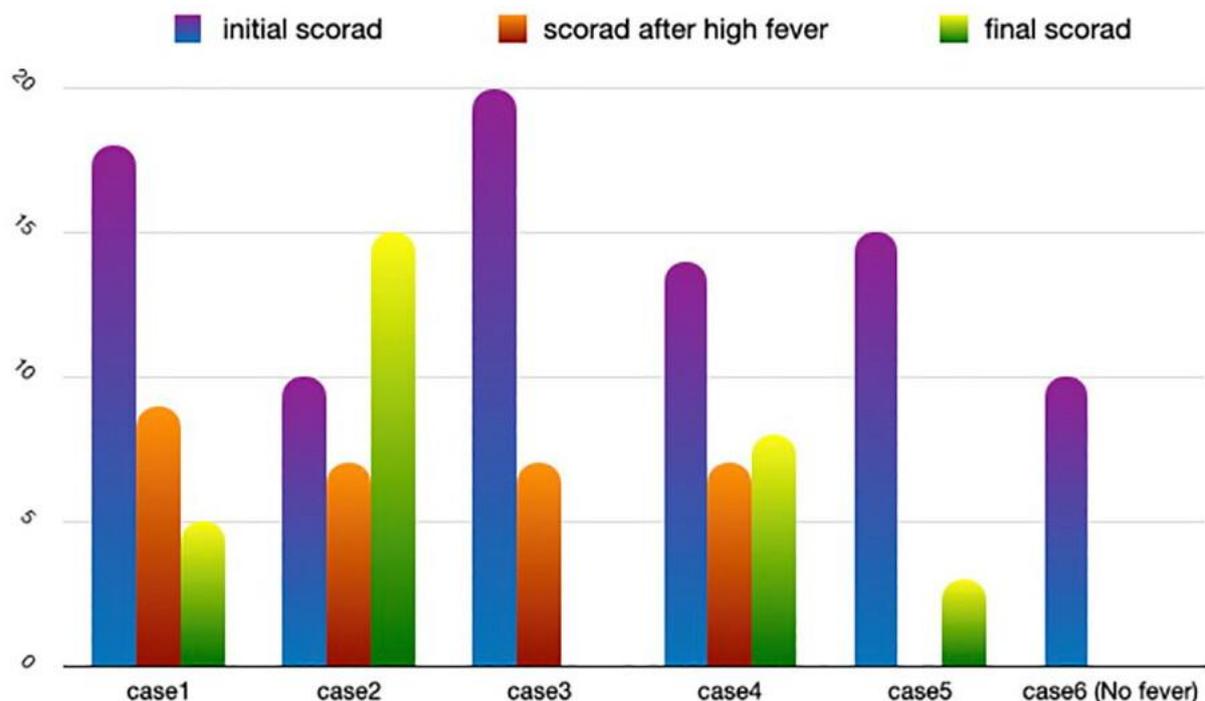


Abbildung 9. SCORAD Veränderungen in den Kontroll-Fällen (nicht-responsive AD Fälle).

Die 6 Fälle von AD unter klassischer homöopathischer Behandlung besserten sich deutlich. Die Wirkung der Behandlung wurde anhand der modifizierten Naranjo-Kriterien zur Beurteilung der kausalen Zuordnung des klinischen Ergebnisses zu einer homöopathischen Intervention bewertet¹⁵ und die meisten Fälle hatten eine eindeutige Kausalitätsbewertung (Tabelle 3). Die Forscher wollten herausfinden, ob dies der Kontinuumstheorie entspricht, die die gegenseitige Ausschließlichkeit chronischer Entzündungen und akuter Entzündungsreaktionen (hohes Fieber) vorschlägt. In diesen 6 Fällen war das Auftreten akuter entzündlicher Erkrankungen/Fieber stark mit einer bemerkenswerten Hautreinigung verbunden. Die Kontrollfälle wurden aufgrund ihrer fehlenden Besserung während der klassischen homöopathischen Behandlung ausgewählt. Auch wenn diese Fälle im Laufe der Zeit keine stabile Hautheilung zeigten, zeigten auch sie eine bemerkenswerte Hautverbesserung, die mit dem Auftreten einer akuten Entzündung einherging (Abbildung 9). Daher könnte es Anlass geben, den Zusammenhang zwischen dem Fehlen wirksamer akuter Entzündungen und der Prävalenz chronischer Entzündungszustände zu untersuchen.

Table 3. Modified Naranjo criteria for assessing causal attribution of clinical outcome to homeopathic intervention.

Criteria	Y	N	Not sure/NA		
				1	2
1. Was there an improvement in the main symptom or condition for which the homeopathic medicine was prescribed?	2	-1	0	2	
2. Did the clinical improvement occur within a plausible time frame relative to the drug intake?	1	-2	0	1	
3. Was there an initial aggravation of symptoms?	1	0	0	1	
4. Did the effect encompass more than the main symptom or condition, that is, were other symptoms ultimately improved or changed?	1	0	0	0	
5. Did overall well being improve?	1	0	0	1	
6 (A) Direction of cure: did some symptoms improve in the opposite order of the development of symptoms of the disease?	1	0	0	0	
6 (B) Direction of cure: did at least 2 of the following aspects apply to the order of improvement of symptoms: from organs of more importance to those of less importance, from deeper to more superficial aspects of the individual, from the top downwards	1	0	0	1	
7. Did 'old symptoms' (defined as non-seasonal and non-cyclical symptoms that were previously thought to have resolved) reappear temporarily during the course of improvement?	1	0	0	0	
8. Are there alternate causes (other than the medicine) that with a high probability could have caused the improvement? (consider known course of disease, other forms of treatment and other clinically relevant interventions)	-3	1	0	1	
9. Was the health improvement confirmed by any objective evidence? (in these cases: SCORAD and photographs)	2	0	0	2	
10. Did repeat dosing, if conducted, create similar clinical improvement?	1	0	0	0	
Total				9	1

Die Levels-of-Health-Theorie und die Kontinuumstheorie^{1,16} versuchen, den Zusammenhang zwischen akuten und chronischen Entzündungszuständen im breiten Spektrum von Gesundheitssituationen in der Bevölkerung zu erklären. Sie gehen davon aus, dass bei Menschen, die mit einem gesunden Immunsystem geboren wurden und zu einer wirksamen akuten Entzündungsreaktion fähig sind, aufgrund unterschiedlicher Belastungen (einschließlich unnötiger medikamentöser Behandlung von Fieber) der Gesundheitszustand sinken und in einen Zustand einer leichten chronischen Entzündung geraten kann; wenn eine effiziente akute Entzündungsreaktion auf einen pathogenen Reiz nicht mehr möglich ist.

Darüber hinaus ist das Immunsystem unter der richtigen Therapie wieder in der Lage, eine wirksame akute Entzündungsreaktion durchzuführen, wenn sich der chronische Entzündungszustand bessert und der Körper beginnt, ihn zu beseitigen. Dies bietet eine konkrete Möglichkeit, die Besserung chronischer Erkrankungen zu beurteilen, indem das Auftreten von hohem Fieber als Reaktion auf Infektionen beurteilt wird. Dies wurde durch immunologische Studien bestätigt – dass die Störung einer akuten Entzündung zur Aktivierung chronischer Entzündungen führt^{17,18} und dass Menschen in schweren chronischen Entzündungszuständen möglicherweise nicht in der Lage sind, effizient auf pathogene Reize zu reagieren.^{19,20} Sie lösen möglicherweise überhaupt keine Reaktion aus und falls der Erreger sehr virulent ist, kann es zu einer übertriebenen Reaktion kommen, die zu schweren Schäden oder zum Tod führen kann.²¹

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob das Auftreten einer wirksamen akuten Entzündungserkrankung (z. B. Fieber) mit einer Verbesserung der AD, einer chronisch entzündlichen Erkrankung, verbunden ist. Wie sich herausstellte, gab es in beiden hier betrachteten Gruppen eine starke Assoziation. Zur Feststellung dieses Phänomens sind zwar Untersuchungen auf Gewebeebene erforderlich, es scheint jedoch Gründe dafür zu geben. Diese Studie weist viele Einschränkungen auf. Erstens basierte die Remission der AD für 1 Jahr oder länger nicht auf etablierten Nachbeobachtungskriterien für die AD-Stabilität, sondern auf der klinischen Erfahrung, dass dieser Zeitraum gut genug ist, um berücksichtigt zu werden. Zweitens könnte die retrospektive SCORAD-Bewertung zu geringfügigen Abweichungen von der tatsächlichen Situation geführt haben. Allerdings sind homöopathische Fallakten sehr beschreibend und enthalten ausführliche Erläuterungen zu den Symptomen, daher kann davon ausgegangen werden, dass der Unterschied minimal und ohne Bedeutung ist. Drittens hätte es geholfen, die Entzündungsmarker und Atopiemarker bei jeder größeren Krankheitsveränderung zu testen und zu korrelieren. Dies war nicht möglich, da die Fälle nachträglich ausgewählt wurden. In dieser Studie wurde weder mit Placebo noch mit einer etablierten Behandlung eine Kontrolle durchgeführt, um festzustellen, ob ein solches Phänomen allgemein auftritt. Die Autoren glauben, dass die in den beiden Theorien detaillierte Prognosebewertung in diesen Fällen geschätzt wurde und die Planung größerer Studien bei der Entscheidung über deren Wert hilfreich sein könnte.

Schlussfolgerungen

Die Kontinuumstheorie geht davon aus, dass die Rückkehr von hohem Fieber ein sicheres Zeichen für eine Besserung bei behandelten chronisch-entzündlichen Erkrankungen ist, da eine wirksame akute Entzündung eine Besserung bei chronischen Erkrankungen voraussetzt. In den 6 hier vorgestellten Fällen von atopischer Dermatitis war eine lange Remission nach der Behandlung mit dem Wiederauftreten akuter entzündlicher Erkrankungen/Fieber verbunden, die seit Beginn der AD nicht mehr vorhanden waren. Die Kontrollfälle, bei denen es unter homöopathischer Behandlung zu keiner Besserung kam, zeigten ebenfalls eine bemerkenswerte Verbesserung im Zusammenhang mit dem Auftreten von Fieber. Dieses Phänomen muss in großem Maßstab untersucht werden, um die Entwicklung eines objektiven

klinischen Prognoseinstruments zu erleichtern. Außerdem ist immunologische Forschung erforderlich, um zu verstehen, ob sich wirksame akute und chronische Entzündungen tatsächlich gegenseitig ausschließen.

Danksagungen

Die Bereitschaft der Patienten, ihre Fälle für medizinisches Wissen bereitzustellen, wird sehr geschätzt. Die Autoren möchten Aaditi Lakshman, Amritha Belagaje und Pooja Dhamodar für ihre Hilfe bei der Verfeinerung des Manuskripts danken.

Einwilligung zur Veröffentlichung

Die Patienten gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Veröffentlichung.

Erklärung widersprechender Interessen:

Der/die Autor(en) gaben an, dass im Hinblick auf die Recherche, Urheberschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels keine potenziellen Interessenkonflikte bestehen.

Finanzierung:

Der/die Autor(en) erhielt(en) keine finanzielle Unterstützung für die Recherche, Urheberschaft und/oder Veröffentlichung dieses Artikels.

Literaturverzeichnis

1. Vithoulkas G, Carlino S. The “continuum” of a unified theory of diseases. *Med Sci Monit.* 2010;16:15.

[Google Scholar](#)

2. Brunner PM, Guttman-Yassky E, Leung DY. The immunology of atopic dermatitis and its reversibility with broad-spectrum and targeted therapies. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;139:S65-S76.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

3. Nutten S. Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Ann Nutr Metab.* 2015;66:8-16.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

4. Cabanillas B, Brehler A-C, Novak N. Atopic dermatitis phenotypes and the need for personalized medicine. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2017;17:309.

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

5. Brunner PM, Silverberg JI, Guttman-Yassky E, et al. Increasing comorbidities suggest that atopic dermatitis is a systemic disorder. *J Invest Dermatol.* 2017;137:18-25.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

6. Franza L, Carusi V, Altamura S, et al. Interrelationship between inflammatory cytokines (IL-1, IL-6, IL-33, IL-37) and acquired immunity. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019;33:1321-1326.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[Google Scholar](#)

7. Gallenga CE, Pandolfi F, Caraffa A, et al. Interleukin-1 family cytokines and mast cells: activation and inhibition. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019;33:1-6.

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

8. Yang T-LB, Kim BS. Pruritus in allergy and immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2019;144:353-360.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

9. Hahnemann S. *Organon of Medicine*. B. Jain Publishers; 2002.

[GO TO REFERENCE](#)

[Google Scholar](#)

10. Mahesh S, Mallappa M, Tsintzas D, et al. Homeopathic treatment of vitiligo: a report of fourteen cases. *Am J Case Rep*. 2017;18:1276-1283.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

11. Stalder J, Taieb A, Atherton D, et al. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index: consensus report of the European task force on atopic dermatitis. *Dermatology*. 1993;186:23-31.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

12. Deleuran M, Vestergaard C. Clinical heterogeneity and differential diagnosis of atopic dermatitis. *Brit J Dermatol*. 2014;170:2-6.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

13. Di Benedetto MG, Bottanelli C, Cattaneo A, et al. Nutritional and immunological factors in breast milk: a role in the intergenerational transmission from maternal psychopathology to child development. *Brain Behav Immun*. 2020;85:57-68.

[GO TO REFERENCE](#)

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

14. Kunz B, Oranje AP, Labrèze L, et al. Clinical validation and guidelines for the SCORAD index: consensus report of the European task force on atopic dermatitis. *Dermatology*. 1997;195:10-19.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

15. Van Haselen R. Homeopathic clinical case reports: development of a supplement (HOM-CASE) to the CARE clinical case reporting guideline. *Complement Ther Med*. 2016;25:78-85.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

16. Vithoulkas G. *Levels of Health*. 3rd ed. International Academy of Classical Homeopathy; 2019.

GO TO REFERENCE

[Google Scholar](#)

17. Serhan CN, Savill J. Resolution of inflammation: the beginning programs the end. *Nat Immunol*. 2005;6:1191-1197.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[ISI](#)

[Google Scholar](#)

18. Rajakariar R, Yaqoob MM, Gilroy DW. COX-2 in inflammation and resolution. *Mol Interv*. 2006;6:199.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

19. Sibley W, Bamford C, Clark K. Clinical viral infections and multiple sclerosis. *Lancet*. 1985;325:1313-1315.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[Google Scholar](#)

20. Perrotta F, Corbi G, Mazzeo G, et al. COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32:1-10.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)

21. Wang B, Li R, Lu Z, et al. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging*. 2020;12:6049-6057.

GO TO REFERENCE

[Crossref](#)

[PubMed](#)

[Google Scholar](#)