

Arzneimittel: Naja tripudians

Symptome: o Hämolyse o Herzklappen
o Thromben, Embolien o Abend, Nacht bzw. früher
Morgen
o Seite: links o Neurotoxin (Lähmung, kopfbetont,
Ektoderm -> Herzklappen)

3. Fall:

Es handelt sich um eine inzwischen 8-jährige Patientin mit tuberöser Hirnsklerose. In den ersten beiden Lebensjahren war sie anfallsfrei, dann '97-'98 mehrmals täglich kurze Krampfanfälle, die eine Krampftherapie vonnöten machten. Diese erfolgte mit Sabril, Viscum mali D5, Plumbum mellitum D12 und Belladonna-Salbe. Unter dieser Dosierung war sie '99 weitestgehend anfallsfrei.

Infolge der tuberösen Hirnsklerose ist sie deutlich behindert und vermochte auch mit 6 Jahren noch nicht selbständig zu laufen. 2001 tägliche morgentliche Anfälle. Auf Wunsch der Mutter Reduktion von Sabril und schließlich Absetzung. Darauf 2-3 Anfälle pro Woche. An der Hand der Mutter vermag sie Anfang 2004 erste Schritte zu gehen. Starke Neigung zur Hyperventilation, nachdem sie einige Minuten fast gar nicht atmet und dabei zyanotisch anläuft. Sie leidet unter epileptischen Anfällen nach Wetterwechsel aber auch früh gegen 6 Uhr, bei Krankheit und im Frühling. Wenn Schmerzen vorhanden sind, sei es durch Zahnweh oder auch Ohrenscherzen, wird sie geradezu verrückt vor Schmerzen. Die kleine Patientin sitzt gerne im Schneidersitz und macht dabei bizarre Bewegungen mit den Armen, diese werden in den Himmel gehoben. Die Mutter meint, sie gebärde sich hierbei wie eine indische Kaligöttin. Sie ist enorm gelenkig und vermag ihre Glieder in alle Richtungen zu strecken. Bei den epileptischen Anfällen blaue Lippen, immer wieder auch Lachanfalle. Ein Vorhofseptumsinfekt ist bekannt.

Arzneimittel: Naja tripudians

Symptome: o Infekt Vorhofseptum o tuberöse Hirnsklerose
o Selbständigkeit o „wie indische Kaligöttin“, gelenkig,
o früh, gegen 6 Uhr zum Himmel
o „brütet in sich selbst“ -> Atmung
o Rep: brüten über eingebildete Dinge

4. Fall:

Frau R. Geb. 09.1929,

Hauptdiagnosen:

Apoplektischer Insult, Z.n. mit armbetonter Halbseitenschwäche links	164
Karotisstenose links bei Z.n. ACI-Verschluß und OP rechts '97	165.2

Nebendiagnosen:

Arterielle Hypertonie 110.90	
Depressive Reaktion	F32.9

ANAMNESE:

Frau R. hatte am Aufnahmetag einen, apoplektischen Insult bei cerebraler Ischämie mit einer linksseitigen Armschwäche erlitten.

ES besteht ein Zustand nach ACI-Stenoserechts 1997. An Nebendiagnosen wurde nun auch eine Mitralklappenfibrose eine Trikuspidalklappeninsuffizienz, 1. bis 2. Grades mit pulmonaler Hypertonie sowie ein Vorhofseptumaneurysma gefunden.

Die Beschwerden bestanden bei Aufnahme in Kopfschmerzen, die von occipital nach frontal ausstrahlten. Computertomographisch fand sich eine schwere Ischämie links. Dieses in deutlicher Diskrepanz zu dem armbetonen apoplektischen Insult. Bei der Duplexuntersuchung der Karotiden ergab sich ein ACI-Verschluß links.

An weiteren Vorerkrankungen besteht schon seit längerer Zeit eine Schilddrüsenunterfunktion, ein Zustand nach Hysterektomie 1971 sowie ein Zustand nach einer Os sacrum-Fraktur 1996.

Vegetative Anamnese:

Keine Allergien oder Thrombosen bekam, Alkohol und Nikotin werden verneint, wenig Appetit, Neigung zu Obstipation, Reizblase, der Schlaf sei hingegen recht gut.

Sozialanamnese:

Frau Renner war als Verkäuferin tätig, sie ist verheiratet gewesen, ihr Mann erhängte sich (erster Mann, war bei SS) während der aktuellen Krankenhausbehandlung. Ihre Tochter wurde vor 20 Jahren erschlagen.

KÖRPERLICHER UNTERSUCHUNGSBEFUND:

Bei der Aufnahme fanden wir Frau R. in einem relativ guten AZ bei hageren Körperbau vor. Von Seiten des Schlaganfalles war sie kaum noch gehandikapt. Es zeigte sich noch eine Handschwäche Parese Grad 2 sowie eine deutliche Abschwächung überhaupt der Kraft links mehr als rechts. Der FNV gelingt beidseits sicher. Sensibilität ist erhalten. Die Muskeleigenreflexe zeigen sich beidseits mittellebhaft. Sie vermag selbständig aufzusitzen sowie auch selbständig zu gehen und zu stehen. Keine Dyspnoe, keine Lymphome, keine Ödeme. Patientin wirkt insgesamt recht blaß vom Hautkolorit. Die Schilddrüse erscheint palpatorisch unauffällig. Der Visus ist noch recht gut, leichte Pupillendifferenz links größer als rechts. Sie ist Trägerin einer Vollprothese, die Zunge zeigt sich unauffällig. Pulmo mit sonorem Klopfeschall bei Vesikuläratmung. Cor mit rhythmischen regelmäßigen Herzaktionen, Systolikum über Erb. Die Pulse sind auch an der Arteria dorsalis pedis sicher tastbar. Das Abdomen zeigt sich weich und ohne Druckschmerz. Leber und Milz nicht vergrößert. Bruchpforten geschlossen, Nierenlager frei. Von Seiten der Wirbelsäule und der Extremitäten recht freie Beweglichkeit.

Psychischer Befund:

Bei der Aufnahme fanden wir Frau R. voll orientiert vor, es bestehen keinerlei Hinweise für kognitive Einschränkungen. Hingegen war sie infolge des Suizid ihres Mannes noch fast unter Schock stehend und sehr insich gekehrt.

Therapie und Verlauf:

Bei Frau R. stand weniger die physische Symptomatik im Vordergrund als die psychische Belastung infolge des Selbstmordes ihres Mannes und des Verarbeitens ihrer Situation. Sie ist nun gänzlich allein, den einzigen Halt gibt ein Enkel. Unser Ziel hier bestand in der weiteren Stabilisierung ihres AZ und der Psyche.

Da ihr Allgemeinzustand recht gut zu X paßte, erhielt sie dies in der D 30 täglich. Wir vermochten bei guten Blutdruckwerten die hypertensive Medikation ganz zu streichen.

Wir konnten unter einer regelmäßigen Physio- und Ergotherapie sowie einer

kunsttherapeutischen Begleitung recht gute Fortschritte bei Frau Renner beobachten. Sie war sehr willig und bereit die Übungen mit durchzuführen,

In der Kunsttherapie zeigte sich, dass Frau Renner in kräftigen Farben Kreise, Sterne und Striche sowie Punkte auf dem ganzen Papier verteilt, die beziehungslos zueinander stehen.

Dabei fängt sie heftig an zu atmen und muß wegen Schwindels die Therapie beenden. Später entsprechend ihrer Atmung große fließende Wellenbewegungen im therapeutischen Prozeß. Die bevorzugten Farben sind blau/grün. Im Weiteren vollzog sich eine "Lichtung" der Farben. Eine ähnliche Stabilisierung ließ sich auch in der Physio- und Ergotherapie erkennen. Von Seiten der linken Hand ist nun fast wieder die vollständige Kräftigung erreicht worden, es ist kaum noch eine Parese tastbar, anfänglich links 0,1 bar, rechts 0,65 bar, Handkraft; im weiteren Steigerung auf 0,4 bar links und 0,6 rechts. Von Seiten der Physiotherapie erfolgte eine Beübung der Beweglichkeit, Patientin lief von Anfang an ohne Hilfsmittel, sie gab aber bei der Bewegung noch Schwindel an.

Durch die Beübung mit dem Bewegungsbad, Petziball-Übungen, Gleichgewichtsübungen sowie allgemeiner Mobilisations- und Kräftigungsübungen ließ sich eine deutliche Verbesserung und Stabilisierung der Patientin erzielen.

Insgesamt gesehen vermochte sich Frau R. hier in einem erstaunlich gutem Maß verbessern, auch psychisch ließen sich deutliche Verbesserungen erzielen, sie wirkt nun wieder fröhlich und recht frei, dieses trotz der noch weiter obliegenden Trauer bezüglich ihres Mannes.

5. Fall Diagnose. Lungenembolie

Eine 58-jährige Patientin hatte vor einem Jahr während eines Langstreckenfluges eine Lungenembolie erlitten. Die Patientin ist Krankenschwester und klagte akut über Schmerzen in der Brust. Hierauf Krankenseinweisung und langsame Erholung.

Bei der Befundaufnahme in der Praxis ein Jahr später klagt sie noch über klimakterische Beschwerden und Schweißausbrüche. Sie weint sehr leicht, sie schläft aber gut. Sie ist sehr gesprächig, wirkt auch im Erleben sehr lebendig und intensiv. Sie klagt über Kribbeln in den Händen, sowie darüber, dass das rechte Bein noch sehr stark schmerzen würde. Es imponiert ein Schweregefühl in den Beinen und das Gefühl als ob man in dem Bein herum schneiden würde. Patientin lebt allein, ist eher kräftig gebaut und auf der ihrer Station als

"Kräuterhexe" bekannt. Patientin erhält X in der D 30 einmal pro Woche. Bei der Wiedervorstellung drei Monate später hat sich das Kribbeln in den Händen komplett verloren. Auch die Beine schmerzen nicht mehr. Das Schweregefühl ist verschwunden. Es bestehen noch leichte klimakterische Beschwerden, die sich aber erheblich verringert haben.

Fall 1:

Crotalus terrificus (nordam. Klapperschlange)

- o nachts „wacht nachts erschrocken auf“
- o totes Gefühl in Armen / Beinen
- o große Vitalkraft (-> später meist Depression)
- o Gangbild: wie (nord-) amerikanischer Cowboy
- o Injektion s.c.

Fälle 2 / 3 / 4:

Naja tripudians

- o Lähmung (von oben nach unten), kopfbetont, Neurotoxin (-> Ektoderm)
- o Herzklappen
- o Thromben, Embolien
- o Abend, Nacht oder früher Morgen
- o links
- o brüten über eingebildete Dinge
- o „Kreuzung“ -> Hypophysenadenom

Fall 5:

Vipera berus

- o Cytotoxisch
- o Extremitäten: Herabhängen ist unerträglich (scheinen bersten zu wollen)
- o Lähmung (von unten nach oben)