



Chronische Appendizitis und Reststumpf-Appendizitis als Ursache vielseitiger, folgenschwerer Krankheitsbilder

Erfahrungen aus mehr als zwei Jahrzehnten in einer Naturheilpraxis

von HP Dr. rer. pol. Peter Römer

Häufig erlebe ich in meiner Praxis Patienten mit Magen- oder Rückenschmerzen, Durchfällen, Schwindel oder Gallebeschwerden. Das sind im Grunde Krankheitserscheinungen, die entlang der Meridianverläufe von Leber, Magen, Gallenblase, und Milz-Pankreas ständig oder auch zeitweise auftreten und erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität aufgrund von Schmerzen und Unwohlsein mit sich bringen. Diese Erscheinungen beobachte ich seit Jahren, sie haben sich bis heute nicht verändert und bereiten aus therapeutischer Sicht Unbehagen.

Im Jahre 1987 stieß ich, nachdem ich durch H.G. Nolte** darauf aufmerksam gemacht wurde, auf ähnlich gelagerte Fälle mit gleichen oder ähnlichen Symptomen. Dabei spielte in diesem Zusammenhang das fokaltoxische Post-Appendektomie-Syndrom (chronische Reststumpf-appendizitis) eine wichtige Rolle, das sich meistens als therapieresistent erweist.

Von Irmer** und Voll** erschien bereits 1980 eine bedeutungsvolle Arbeit über die „Chronische Appendizitis“. In der genannten Arbeit haben die beiden Autoren im Wesentlichen über 232 Fälle von chronischer Appendizitis berichtet, die sie mit Hilfe der Elektroakupunktur diagnostiziert hatten. Weil mich diese Problematik sehr interessierte, suchte ich 22.05.2000 den damals bereits 92-jährigen Dr. Irmer in seiner Praxis in Brilon auf. Er war dort in einer Gemeinschaftspraxis mit einer Ärztin noch tätig. Dr. Irmer hatte die Mög-

lichkeit und nutzte sie auch, in nahe gelegenen Krankenhäusern die von ihm diagnostizierten Fälle chronischer „Blinddarmentzündungen“ vorzustellen und die Richtigkeit seiner Diagnose durch die Chirurgen bei einer entsprechenden Operation bestätigen zu lassen. Das kostete teilweise sehr viel Überzeugungskraft, brachte aber den Patienten Beschwerdefreiheit. Das Problem besteht nämlich darin, dass es die sogenannte „chronische Appendizitis“ bzw. die „Reststumpf-Appendizitis“ in der klinischen Medizin praktisch nicht gibt. Das liegt daran, dass die klassischen Druckpunkte für eine „Blinddarmentzündung“ bei der chronischen Appendizitis nicht vorhanden sind und auch das Blutbild keine Veränderungen zeigt wie Leukozytose oder erhöhte Blutsenkung, die einen Hinweis auf das chronische Herdgeschehen am Immunorgan Appendix geben.

Angeregt und ermutigt durch die Erfolge Dr. Irmers habe ich begonnen, ein Testverfahren zu finden, mit dem ich sicher solche Fälle diagnostizieren und damit auch eine gezielte Behandlung einleiten kann. Dabei stieß ich auf die Messmethoden mit der Lecherantenne nach Schneider und Kunnen. Über viele Jahre war ich mit Walter Kunnen befreundet und so konnte ich mich vertraut machen mit dieser Testmethode.

In meiner Praxis gehe ich so vor, dass ich bei dem Verdacht auf eine chronische Appendizitis den Patienten im **Stehen** untersuche. Ich teste mit der Nosode „Appendizitis“ bzw. „chronische Appendizitis“. Die Schmerzstelle kann mit der Lecher-

antenne exakt festgestellt werden und wird dann entsprechend gekennzeichnet. Der Patient reagiert bei Druck an dieser Stelle mit Schmerzempfindung und bestätigt damit die Diagnose.

Verschiedene Therapien haben sich in diesem Zusammenhang im Laufe der Jahre bei jüngeren wie auch älteren Menschen nach dieser Diagnose bewährt. Besonders gute Erfolge habe ich mit Injektionen von *NOTAKEHL D6* und *RECARCIN D4* in die Schmerzpunkte. Ich injiziere jeweils eine Ampulle s.c. In einigen Fällen müssen die Injektionen nach 2 bis 3 Monaten in die gleiche Stelle wiederholt werden. Bei Kindern lasse ich diese Medikamente in die gekennzeichneten Hautbezirke einreiben oder Umschläge mit „Retterspitz Äußerlich“ machen. Manche Erwachsene bevorzugen auch die Einreibungen und Umschläge anstelle der Injektionen. In den meisten, besonders in den leichteren Fällen, ist mit einer Besserung und auch mit dem vollständigen Verschwinden der Beschwerden zu rechnen.

Wenn diese Therapie nicht greift, ist ein chirurgisches Vorgehen erforderlich, das gilt für die Appendizitis und auch für die Reststumpf-Appendizitis. Ich lege immer besonderen Wert darauf, dass nur laparoskopisch untersucht, aber in jedem Falle bei Bestätigung der Diagnose mit einem Bauchschnitt operiert wird.

Drei Praxisfälle:

1. Ein Zahnarzt, 42 Jahre, klagte über dauernde Müdigkeit und



Schwindel; ferner wurde eine Thrombozytämie festgestellt. Von mir wurde eine chronisch rezidivierende Appendizitis diagnostiziert. Dieser Befund konnte aber schulmedizinisch nicht verifiziert werden. Der Patient drängte jedoch auf eine Operation und es zeigte sich ein entzündeter Blinddarm mit vereitertem Umgebungsgewebe. Nach der chirurgischen Entfernung des befallenen Gewebes setzte eine sofortige Besserung ein. Der Patient war schnell wieder arbeitsfähig bei gutem Allgemeinbefinden.

2. Ein 54-jähriger Mann, der als Kontrolleur in einem Betrieb arbeitete, klagte über Darm- und Rückenbeschwerden und war deshalb sehr oft arbeitsunfähig. Der Appendix war bei ihm bereits entfernt, also konnte auch nur eine Reststumpf-Appendizitis diagnostiziert werden. Schulmedizinisch ließ sich meine Diagnose nicht bestätigen. Auf mein Drängen hin wurde dann eine Laparoskopie durchgeführt, die einen Hinweis auf Entzündungen gab. Nach einem Bauchschnitt zeigte sich ein ausgedehnter Eiterherd, der sogar zweimal nachoperiert

und ausgeräumt werden mußte. Danach ging es dem geschwächten Patienten langsam besser und er erholte sich, so dass er nach einiger Zeit wieder arbeitsfähig war.

3. Eine junge Patientin von 27 Jahren litt aufgrund einer Erkrankung an Morbus Crohn bei gleichzeitiger, starker Quecksilberbelastung unter teilweise sehr heftigen Unterbauchbeschwerden, die schulmedizinisch allein auf den Mb. Crohn zurückgeführt wurden. Auf mein Drängen, den Appendix im Zusammenhang mit einer Operation, bei der ein Stück des Darmes entfernt werden sollte, besonders zu beachten, zeigte sich am „Blinddarm“ eine starke Vereiterung, die mit ausgeräumt wurde. Der Patientin ging es danach wieder gut und sie ist bis heute beschwerdefrei.

Die oben beschriebenen Therapieerfolge ermutigen immer wieder, nach Herden als Verursacher unspezifischer Beschwerden zu fahnden. Dabei spielt der Appendix als ein archaisches Lymphorgan eine bedeutende Rolle, weil er gerade am Darm viele Gifte und Keime abfängt. Er kann als „Tonsille“ des

Bauches bezeichnet werden. Dass er auch „still“ leidet und sich über andere Organe äußert, sollten wir immer mit in die Überlegung einbeziehen. Zur Diagnose können energetische Testungen besonders wertvoll sein. □

Literatur:

** Nolte, H. G.: Vega-Mitteilungen Nov. 1980; Mai und Dez. 1981.

** Nolte, H. G.: 9. Sonderheft der internationalen medizinischen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll.

** Irmer, G. und Voll, R.: „Chronische Appendizitis – ein Krankheitsbild mit vielseitiger Symptomatologie“, Mediengruppe Oberfranken.

Kunnen, W.: „Vom Wirken der Energien in der Biosphäre“ SP 1989 Nr. 6 Seite 4-5.

Kunnen, W.: „Elektromagnetische Felder – das schwerwiegende Verhängnis“ SP 1991, Nr. 14 S. 23-25.

Adresse des Autors:

Naturheilpraxis
HP Dr. rer. pol. Peter Römer
Westfälische Straße 4
57462 Olpe