

Die Bedeutung der Milz bei Krankheitsprozessen

Diagnostik und Therapiemöglichkeiten

von Dr. Cornelia Arnoul und Franz Arnoul

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 49/1999, Seite 22 - 24

Die zu den lymphatischen Organen zählende Milz besitzt in der westlichen Medizin einen relativ geringen Stellenwert. Die herkömmliche Meinung geht davon aus, daß der Ausfall dieses Organes kompensiert werden kann. Zitat: „Sehr wahrscheinlich ist die Milz kein absolut lebensnotwendiges Organ. Bei ihrem Funktionsausfall können die restlichen lymphatischen Organe bzw. das restliche reticuloendotheliale System ihre Funktion weitgehend übernehmen“ (Thews, Mutschler und Vaupel, 1991).

Zu den verschiedenen Funktionen der Milz zählen insbesondere:

Blutmauserung (Abbau von überalterten Erythrozyten und Thrombozyten),

Blutspeicherung,

Blutbildung in der Fetalzeit sowie extramedulläre Blutbildung bei verschiedenen Erkrankungen des Knochenmarkes (z.B. Osteomyelosklerose und Leukämien),

Abwehrfunktion durch phagozytoseaktive Zellen des RES (Retikulumzellen),

Bildung von Lymphozyten,

Beteiligung der Blutgerinnung (Synthese und Speicherung des antihämophilen Globulin A; Abbau von Gerinnungs- und Fibrinolyseprodukten).

Die chinesische Medizin schenkt der Milz wesentlich mehr Beachtung. So dirigiert dieses lymphatische Organ auch die Verteilung der Körperflüssigkeiten in den Organen und im Bindegewebe; die Nieren scheiden die

schlackenreiche Flüssigkeit nur aus (Bach, 1996). Die Milz ist somit auch der „Meister des Bindegewebes“, dessen Räume von der Körperflüssigkeit erfüllt sind. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Funktionen kann die Milz an vielen Krankheitsprozessen beteiligt sein. Dafür kommen nach heutigem Kenntnisstand manche bedeutenden Krankheitsbilder in Betracht.

Erkrankungen im Zusammenhang mit der Milz

Blut- und Lymphsystem:

Anämien, Leukämien, Polycythaemia vera, Osteomyelosklerose, Thrombozythämie, Morbus Hodgkin, maligne Lymphome, Plasmozytom.

Stütz- und Bindegewebe:

Rheumatische Erkrankungen (rheumatische Arthritis, Weichteilrheumatismus, Kollagenosen u.a.)

Endobiontische Erkrankungen mit Stauungsproblematik:

Herz- und Gefäßerkrankungen (Herzinsuffizienz, venöse Insuffizienz, Varizen), Lymphstauungen, Ödeme, Erkrankungen der Leber, der Lungen und des Magens, Frauenleiden (PMS, Klimakterium).

Diagnostik mit Dunkelfeldmikroskopie

Bei der Untersuchung des Nativblutes mit dem Dunkelfeldmikroskop können verschiedene Phänomene beobachtet werden, die mit der Milz in Zusammenhang stehen:

Birnenförmige Erythrozyten, die bei Patienten mit vergrößerter Milz oder mit Anämien vermehrt auftreten (Bild 1).

Howell-Jolly-Körperchen und Heinz-Innenkörperchen; das sind punktförmig exzentrisch gelegene Gebil-

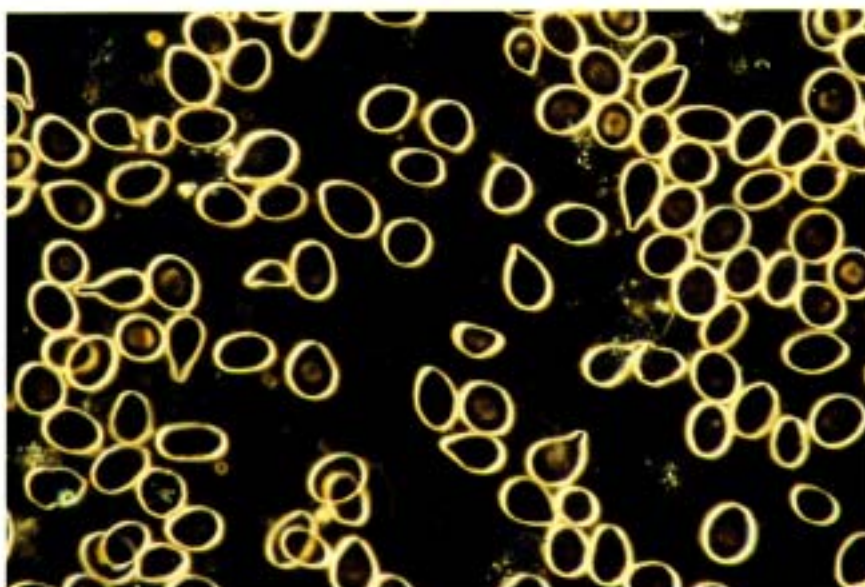


Bild 1: Blutbild einer Patientin mit Osteomyelosklerose und Milztumor. Birnenförmige Erythrozyten, Poikilozytose.



de in den roten Blutkörperchen, die bei Milzentfernung und hämolytischen Anämien vorkommen. Während es sich bei den ersteren nach herkömmlicher Meinung um kleine Kernreste in den Erythrozyten handelt, bestehen die Heinz-Innenkörperchen aus denaturiertem Hämoglobin. Professor Enderlein interpretierte beide Phänomene als Formen des Endobionten.

Arzneimittel zur Therapie

Zu den bekanntesten biologischen Milzpräparaten zählen PINIKEHL, aktivierter Bockshornklee (Dr. Pandalis), Ney Splen, Presselin MZ, Scolopendrium und Ceanothus Homaccord. Das SANUM-Präparat PINIKEHL hat sich in unserer Praxis bei der Therapie von Erkrankungen mit Milzbeteiligung besonders bewährt; es wird aus dem Baupilz *Fomitopsis pinicola* in analoger Weise zu den bekannten Schimmelpilzzubereitungen nach Professor Enderlein hergestellt. Eine optimale Wirkung entfaltet dieses Präparat in Kombination mit anderen Naturheilmitteln. Einige praktische Fallbeispiele für die Therapie von Erkrankungen mit Milzbeteiligung sind im folgenden aufgeführt:

Eisenmangelanämie

Bei der Therapie dieser häufigsten Anämieform sind zunächst die Ursachen des Eisenmangels zu diagnostizieren. Dazu gehören u.a.:

erhöhte chronische Blutverluste (gastrointestinale Blutungen bei Ulzera und Tumoren, verstärkte Menstrualblutungen bei Frauen);

ungenügende Resorption nach Magen- und Darmresektion, bei Schleimhautentzündungen und bei Azidität des Magens;

erhöhter Verbrauch bei Wachstum, Schwangerschaft und Stillperiode;

mangelhafte Zufuhr durch Fehlernährung;

gestörte Eisenmobilisation bei Tumorerkrankungen und Infekten.

Liegen die Ursachen der Anämie im Magen- und Darmtrakt, muß parenteral substituiert werden. Besonders bewährt hat sich in unserer Praxis das Präparat *Ferrum metallicum Injeel forte* (Heel), das mit vier bis sieben Ampullen pro Woche i.m. injiziert wird. Da die Eisenspeicher häufig leer sind, sollte dieses Mittel länger injiziert werden, etwa zwei bis vier Monate. Bei Hämoglobinwerten unter 10 g/dl sind höher dosierte Eisenpräparate einzusetzen. Zur Anre-

gung der Blutbildung im Knochenmark empfehlen wir ein- bis zweimal wöchentlich die folgenden i.m.-Mischinjektionen: Eine Ampulle MUCOKEHL D6 oder D5 + eine Ampulle Ney Hämin (Vitorgan) oder eine Ampulle *Medulla ossium* (Wala) + eine Ampulle PINIKEHL.

Bei Tumor- oder Infektanämien darf Eisen nur in homöopathischer Form substituiert werden, da ein Teil des Gesamteisens bei den betroffenen Patienten ins reticuloendotheliale

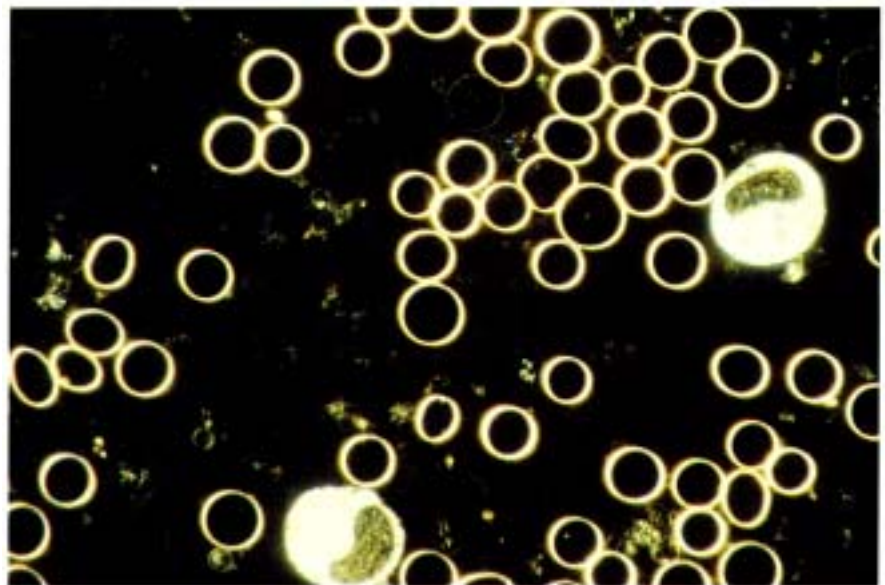


Bild 2: Blutbild einer Patientin mit Osteomyelosklerose und Milztumor
Anisozytose, nicht ausgereifte neutrophile Granulozyten.

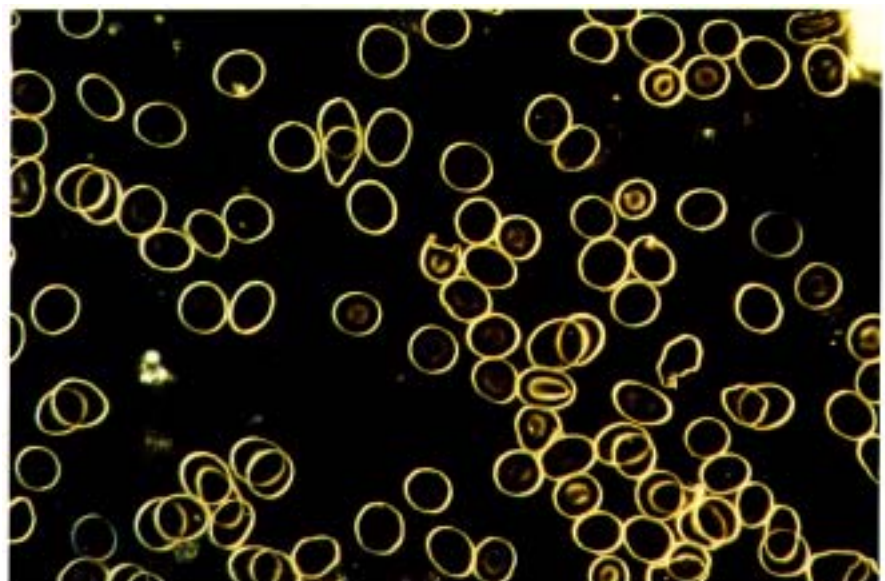


Bild 3: Blutbild einer Patientin mit Eisenmangelanämie. Anisozytose, Mikrozyten, Targetzellen und Anulozyten.



System verschoben wurde. Bei erhöhtem Verbrauch oder mangelhafter Eisenzufuhr verwenden wir Ferrum phosphoricum D3 von Schüssler mit drei bis fünf Tabletten morgens. Unter dem Dunkelfeldmikroskop erkennt man eine Eisenmangelanämie an folgenden Phänomenen: Anisozytose (Größenverschiedenheit der Erythrozyten), Vorkommen von Anulozyten, Targetzellen und Mikrozyten (Bilder 2 und 3).

Morbus Werlhof

Der Morbus Werlhof ist eine chronische Form der idiopathisch auftretenden Thrombozytämie mit hämorrhagischer Diathese, Linksverschiebung der Megakaryozyten im Knochenmark und stark verkürzter Plättchenlebenszeit bei nicht vorhandenem Milztumor (Leps und Lohr, 1994). In der Mehrzahl der Fälle besteht eine virale oder bakterielle Vor- oder Grunderkrankung. Typisch sind Thrombozytenantikörper, die über die Blutplättchen zu Komplexen gebunden und der Gerinnung entzogen werden. Frauen sind von dieser Erkrankung häufiger betroffen als Männer. Zur Behandlung wird in der Regel Kortison eingesetzt und die Milz

entfernt, um den Abbau der noch vorhandenen Blutplättchen zu verzögern. In der Naturheilpraxis hat sich das folgende Therapieschema bewährt:

Einregulierung des Säure-Basen-Haushaltes mit SANUVIS;

ein- bis zweimal wöchentlich eine i.m.-Mischinjektion mit einer Ampulle MUCOKEHL D5 oder D6 + einer Ampulle NIGERSAN D5 oder D6 + einer Ampulle PINIKEHL;

Ausschaltung von Herdbelastungen und Störfeldern in Nebenhöhlen, an Zähnen u.a.;

je nach Dunkelfeldbefund Entgiftungs- und Ausleitungstherapie;

langsameres Ausschleichen von eventuell eingenommenen Kortisonpräparaten.

Prämenstruelles Syndrom

Bei Patientinnen mit prämenstruellem Syndrom wird einmal wöchentlich die folgende i.m.-Mischinjektion verabreicht: Eine Ampulle MUCOKEHL D6 oder D5 + eine Ampulle Auroplatin (Steigerwald) + eine Ampulle PINIKEHL.

Die Beschwerden wie Stauungen, depressive Zustände, Nervosität u.a.

verschwinden in der Regel nach drei bis vier Injektionen.

Dank für Heilmittel und Anstoß zum Tun

Mit der Entwicklung des Präparates PINIKEHL wurde die Therapie verschiedener Erkrankungen wesentlich erleichtert, was Dank verdient. Dank gebührt auch dem Heilpraktiker Hans-Dieter Bach, der durch Vortrag und Schriften wesentlich zu dieser Arbeit inspiriert hat.

Schrifttum:

Bach, H.-D.: Äußere Kennzeichen innerer Erkrankungen. Band 2: Krankheit und Zunge. Bio Ritter GmbH, Tutzing/Starnberger See (1996).

Thews, Mutschler und Vaupel: Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Menschen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart (1991).

Leps, W. und Lohr, M.: GK3 Innere Medizin. Chapman & Hall, Weinheim (1994).