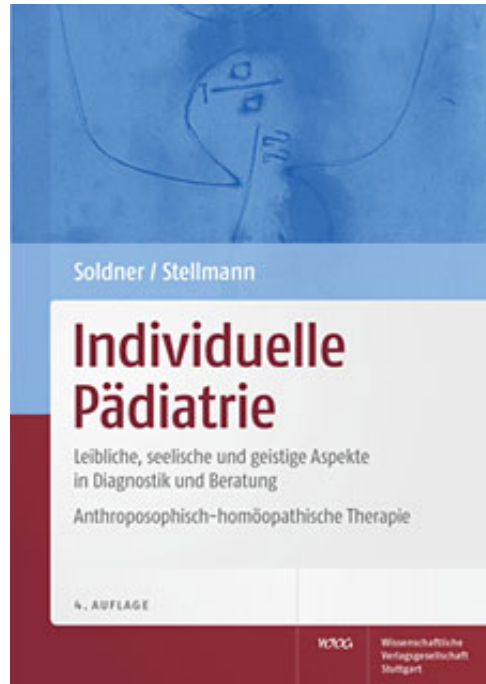


Soldner / Stellmann Individuelle Pädiatrie

Leseprobe

[Individuelle Pädiatrie](#)
von [Soldner / Stellmann](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b10356>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH
Blumenplatz 2
D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Fax +49 7626 9749 709
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.



5.3.3 Exanthema subitum, Dreitage-Fieber

Im Allgemeinen tritt die Erkrankung im ersten, zweiten und auch noch im dritten Lebensjahr auf. Leitsymptom ist eine Fieberkontinua (ca. 40 °C) über drei Tage und das Auftreten eines stammbetonten Exanthems *mit bzw. nach Abfall des Fiebers*. Die strenge zeitliche Gesetzmäßigkeit und der hoch fieberhafte Verlauf rücken die Erkrankung in die Nähe der Masern (*• Kap. 5.3.2.1); prinzipiell ist das Exanthema subitum *Ausdruck einer guten Reaktionslage* des kindlichen Organismus. - Auch nach dieser Kinderkrankheit sind oft deutliche Entwicklungsfortschritte z. B. in der statomotorischen Entwicklung des Kleinkindes festzustellen.

Diagnostisch ist die an sich kaum beeinflussbare Fieberkontinua bei fehlendem Lokalfund wegweisend. Bei Säuglingen kann ein meningealer Hydrops tastbar werden; die Kinder sind insbesondere in den ersten 12 bis 24 Stunden oft reizbar und durch äußere Sinnesreize leicht irritabel. Es besteht ein relativ großes *Fieberkrampfrisiko*.

Therapeutisch sollten auch hier Antipyretika vermieden werden; ggf. ist ein *Einlauf entlastend* und beruhigend (*• Kap. 5.3.2.2). Antipyretika senken nachweislich das Fieberkrampfrisiko nicht (*• Kap. 5.4.3.1).

Bei unkompliziertem Verlauf wird sich in der Praxis die Begleitbehandlung rein symptomatisch orientieren (zunächst Aconit D 6, gefolgt meist von Ferrum phos. D 6-D12). Bei tastbarem meningealem Hydrops bzw. deutlicher Irritabilität ist an

Apis mell. D12 Glob. Weleda, div. Herst.

sofort 5 Glob., im weiteren Verlaufs x tgl. 3 Glob., und •

Belladonna D6 Dil./Glob. Weleda

20-30 Tr./Glob. in 50ml Wasser gelöst, davon stündlich ein Teelöffel zu denken, um Fieberkrämpfen vorzubeugen.

Es ist bezeichnend für die Bedeutung des richtigen Zeitpunktes von Kinderkrankheiten, dass das HHV-6-Virus als Erreger des Exanthema subitum bei älteren Kindern zur Zeit der Pubertät ein gänzlich anderes Krankheitsbild mit u. U. wochen- bis monatelanger Abgeschlagenheit, Müdigkeit und Konzentrationsstörungen hervorrufen kann.

5.3.4 Scharlach

In einer Cochrane-Analyse betrug der Unterschied zwischen Antibiotika- und Plazebo-behandlung 16 Stunden. ... Wenn die verkürzte Ansteckungsdauer vernachlässigt werden könnte und wenn der Patient auf die gering verkürzte Leidensdauer verzichtet, könnte bei gesicherter Nachuntersuchung auch ohne Antibiotika behandelt werden.

DGPI-Handbuch [2009, W f.]

5.3.4.1 Krankheitsbegriff

Bildet man den Begriff »Kinderkrankheit« so, wie dies oben in der Einleitung (>• Kap. 5.3.1) entwickelt wurde, so steht die Eigentätigkeit des Organismus in Form einer pathognomonischen, jeweils unverkennbar typischen Ausscheidungstätigkeit im Mittelpunkt des Krankheitsbegriffs. Diese Tätigkeit gibt sich an den Grenzflächen des Organismus als charakteristisches Exanthem, Enanthem oder auch als typische Hustenattacke bei Pertussis zu erkennen. Auch die zeitliche Ordnung dieser »zyklisch« verlaufenden Erkrankungen wird

durch die immunologische Aktivität des Organismus und primär nicht durch den Erreger hervorgebracht. All diese Erkrankungen sind auch durch einen spezifischen leiblich-immunologischen Lernvorgang mit anhaltender Immunität¹ gekennzeichnet.

Geht man mit diesem Krankheitsbegriff vom kindlichen Organismus als dem Betroffenen und Handelnden im Krankheitsprozess aus und nicht vom mikrobiologischen Laborbefund, so unterscheidet sich der Scharlach mit charakteristischem Exanthem und Enanthem wesentlich von einer Streptokokken-assoziierten Angina² und einem positiven Streptokokkennachweis bei klinisch unauffälligem Befund, wie ihn zur Winterzeit 15-30 % der Bevölkerung aufweisen. Denn *nur auf den Scharlach* lässt sich der Begriff der Kinderkrankheit in vollem Umfang anwenden! Damit entsteht erst die Frage, was das Spezifische ist in der Disposition, im Erleben und in der Verarbeitung des Scharlachs vonseiten des Kindes.

Die gegenwärtig von vielen so gehandhabte ärztliche Praxis stellt demgegenüber den *positiven Nachweis beta-hämolisierender A-Streptokokken* dominant ins Zentrum von Diagnostik und Therapie. Ein »positiver Abstrich« als »Diagnose« führt in letzter Konsequenz zur Aufgabe eines Krankheitsbegriffs überhaupt: »Es konnte in den letzten Jahren gezeigt werden, dass Menschen mit Streptokokken der Gruppe A keine Gefahr für andere Mitmenschen darstellen, und dass sie auch kein erhöhtes eigenes Risiko besitzen« [Peuckert 1988]. »Die Antibiotikabehandlung des Trägerstatus ist wenig erfolgreich« [DGPI 2009, 481]. Viele Eltern verlassen heute die Arztpraxis im Glauben, ihr Kind hätte Scharlach, selbst wenn der mikrobiologische Befund nur im Rahmen einer Familien- oder Kindergarten-Reihenuntersuchung erhoben wurde und das Kind gesund ist.³

Dennoch werden in großem Umfang (ca. *Ve* aller pädiatrisch verordneten) Antibiotika aufgrund eines Streptokokken-positiven Rachenabstrichs verordnet. Immer noch wird ein Abweichen von dieser Linie als Kunstfehler angesehen. Fachgesellschaften wie die einleitend zitierte Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie DGPI [2009], die niederländische Arbeitsgruppe um S. Zwart [2003], ein Cochrane-Review zur Pharyngitis von del Mär [2002] und Publikationen zum Rheumatischen Fieber in westlichen Industrieländern (versus Entwicklungsländer [Cilliers 2006]) kommen hingegen zu dem Schluss, dass der unkomplizierte Verlauf einer Streptokokkeninfektion keineswegs zwingend eine antibiotische Therapie erfordert und eine antibiotische Therapie nur dann indiziert sei, wenn die Kinder schwer krank sind (z. B. nicht trinken können, drohender Abszess) oder ein hohes Risiko von Nacherkrankungen haben (Herzfehler, Z. n. rheumatischem Fieber u.a.). Es ist aus Sicht der evidenzbasierten Medizin (siehe die zitierten Arbeiten) ausreichend, purulente Komplikationen (0,7% aller akuten Infektionen mit beta-hämolisierenden Streptokokken) und Nachkrankheiten antibiotisch zu behandeln. Viele allergische Reaktionen, Pilzinfektionen und Symbiosestörungen durch Antibiotika sind vor diesem Hintergrund vermeidbar. Ein kritischer Umgang mit Antibiotika bei Otitis media und Streptokokkeninfektionen bzw. -nachweis könnte bereits die Zahl ver-

1 Aufgrund der großen Variabilität bildender Streptokokken (v. a. abhängig vom M-Protein, von dem über 100 Typen bekannt sind), ist die Immunität gegen beta-hämolisierende Streptokokkeninfektionen relativ. Rezidive nach antibiotischer Therapie sind häufiger als ohne antibiotische Behandlung.

2 Ohne Symptome einer erythrogenen Toxinwirkung (Exanthem und ausgeprägtes Enanthem).

3 Demgegenüber ist mit Peuckert [1988] zu betonen: »Auch wenn wir unsere Patienten mit Penicillin baden, wird der Anteil transient besiedelter Kinder« (dies ist der adäquate Begriff) »nicht wesentlich beeinflusst«. Bemerkenswert ist, dass Asthma umso häufiger auftritt, je seltener Scharlach sich manifestiert [Vargas 2006], und dass Antibiotika ebenfalls die Manifestation von Asthma fördern (vgl. H(ap. 6.1.3).

schriebener Antibiotika halbieren. Im Folgenden kehren die Autoren zu einem klaren Krankheitsbegriff zurück, wie er oben entwickelt wurde. Damit sollen nicht das gemeinsame *Risiko* bestimmter Zweiterkrankungen bei Scharlach, Impetigo contagiosa, Streptokokken-Tonsillitis und Erysipel übergangen werden und auch nicht die gemeinsamen ätiologischen Faktoren im Sinne der Mikrobiologie. Eine *positive ärztliche Diagnose* aber muss den Inbegriff aller spezifischen Charakteristika der Symptome und des Verlaufs einer Krankheit enthalten; deshalb ist es weiterhin notwendig, den Scharlach als eigene Krankheitsentität zu erfassen und als solche zu behandeln. Zu betonen ist, dass Scharlach in der nachfolgend dargestellten ersten Form heute ein seltenes, dann aber immer noch eindrückliches Krankheitsbild ist. Gerade weil die Erfahrung damit abgenommen hat, kann eine ausführliche Darstellung hilfreich sein. Im Übrigen sei auf das > Kap. 5.2.3 (Tonsillitis) verwiesen.

5.3.4.2 Die Vielfalt der Aspekte in Symptomatik und Verlauf

Im Folgenden wird der Scharlachverlauf dargestellt, wie er sich bei einer sorgfältigen Begleitung des Patienten ohne suppressive (antibiotische) Therapie im Vollbild darstellt.

Akut einsetzendes Fieber, ein *samtartig klein fleckiges, beugenbetontes* (Leisten und Achselhöhlen) *Exanthem* am 1. bis 2. Krankheitstag, sowie ein *fein fleckig hochrotes Enanthem mit Schluckbeschwerden* und regionärer Lymphknotenschwellung sind die Leitsymptome, welche die klinisch zu stellende Diagnose eines Scharlach begründen. Dabei besteht eine deutliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. - Die Ausprägung der genannten Symptome ist heute sehr unterschiedlich. Dabei ist es wichtig, das *typische Erkrankungsalter* zu berücksichtigen, das etwa zwischen 5 und 15 Jahren (mit Höhepunkt um das 9. bis 12. Lebensjahr) liegt. In *dieser Zeit* manifestiert sich der Scharlach am deutlichsten, im Unterschied zu den oft sehr leichten Verläufen im Kleinkindesalter. - Das Exanthem kann sehr flüchtig und klinisch unscheinbar verlaufen; mitunter ist an den Prädilektionsstellen nur eine raue Haut, bei genauer Inspektion eine feine Rötung wahrnehmbar. Andererseits kann auch deutlicher Juckreiz bestehen. Sind aber alle anderen genannten Symptome, insbesondere das charakteristische, für den Erfahrenen unverkennbare Enanthem (Zeichen der scharlachspezifischen, erythrogenen Toxinwirkung) gegeben, so ist die Erkrankung als Scharlach und nicht nur als (Streptokokken-)Tonsillitis anzusprechen und zeigt im Weiteren den wie folgt dargestellten Verlauf.

Nach dem »Aufflammen« der ersten Krankheitstage wandelt sich das Erscheinungsbild der Patienten: Die Hautfarbe ist auffallend *bläss* (kontrastierend zur Himbeerzunge und den noch geröteten Tonsillen bei der Racheninspektion), die Vitalität deutlich *geschwächt*, das Gesicht erscheint ernst und *überkonturiert*. Nach einer Phase der Erholung ist oft *ca. 14 Tage nach* Krankheitsbeginn ein erneuter *Einbruch* in Bezug auf die allgemeine Vitalität und das Befinden des Kindes wahrzunehmen: Die Haut wird blässer, der Patient fühlt sich abgeschlagener und ruhebedürftig. Dies korreliert der Tatsache, dass »Nachkrankheiten« wie rheumatisches Fieber und Nephritis vor allem in der dritten Krankheitswoche auftreten, auch wenn diese derzeit extrem selten geworden sind (Risiko eines rheumatischen Fiebers in westlichen Industrieländern »höchstens« bei 1: 5000 [DGPI 2009, 484]). Erst nach drei Wochen stabilisiert sich die Rekonvaleszenz wirklich. Zu diesem Zeitpunkt erreicht auch die - ebenfalls pathognomonische! - *Hautschuppung* ihren Höhepunkt. Wirklich belastbar in dem Sinne, was ein Schulkind heute zu leisten hat, sind die Patienten erst nach drei bis vier Wochen (sportlich noch später).

« Welche *Krankheitsdisposition* findet sich beim Scharlach gehäuft?

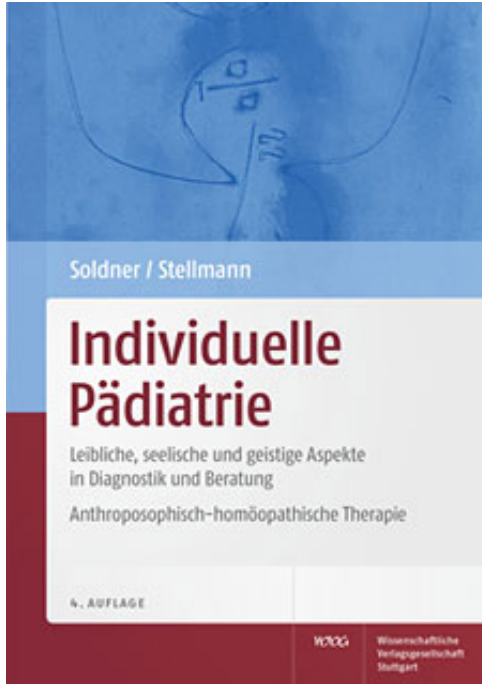
Hier gibt das *Erkrankungsalter* (s. oben) bereits einen ersten Hinweis. Oft eilt die geistige *Individualität* vor Ausbruch der Erkrankung der Gesamtentwicklung voraus. Das Seelenleben des Kindes *vereinseitigt* sich dahingehend, dass die denkende Intellektualität, die notwendig ein seelisch antipathisches Sich-der-Welt-Gegenüberstellen beinhaltet, die Seite des eigentlichen Gemüts, der Fantasie, des freien Spiels, der sympathiebetonten Verbindung mit der Welt in der Entwicklung überrundet und in den Hintergrund drängt. Verstärkt wird diese Tendenz z.B. in der Zeit der Einschulung, durch die schulischen Anforderungen etwa in der 3. und 4. Grundschulklasse, aber auch durch seelische Belastungen, die das Kind »nicht schlucken, nicht verdauen« kann. *Geistig-individuell* ist das scharlachdisponierte Kind *zu weit* vorangeschritten; seelisch im engeren Sinne aber fühlt es sich vor der Erkrankung gestaut, unterdrückt, von der eigenen Individualität wie von den seelischen Belastungen und Forderungen der Umgebung überfordert.

Vergleicht man den Scharlach an dieser Stelle mit den Masern, so ergibt sich eine deutliche *Polarität* (a Tab. 5.3).

D Tab. 5.3 Vergleich zwischen Scharlach und Masern: Es ergibt sich eine deutliche Polarität [Husemann 1989, 56ff.]

Parameter	Masern	Scharlach
Typisches Erkrankungsalter	1. Lebensjahrsiebt Kleinkindesalter	2. Lebensjahrsiebt (Vor-)Schulalter
Infektiöses Agens	Virus, das über die Konjunktiven aufgenommen wird	Toxinbildendes Bakterium, Infektion im Pharynxbereich
Exanthem	Grobflechtig, maximal im Gesicht, »herabregnend«; betont die Rundungen der Gestalt	Fein – flüchtig, stamm-, beugenbetont; betont die konkaven Höhlungen der Gestalt
Enanthem	(Kopliksche Flecken)	Hochrotbetont
Gesamteindruck der Leibesgestalt	Wässrig-aufgelöst; sehr vitaler Krankheitsprozess	Blass-überformt, schwächender Krankheitsprozess
Seelische Disposition	Unselbstständig-abhängiges, zu schwach in der Formung des Leiblichen tätiges Seelenleben	Verstandesmäßig, antipathisch betontes, vorseilendes Bewusstseinsleben; bedrängte, von außen und innen überforderte Empfindungsprozesse im Seelischen
Fiebermaximum	Am 14. Tag	Zu Beginn der Symptomatik

Zu beachten ist, dass *beide* Erkrankungen ihren Wendepunkt zur vollständigen Ausheilung erst in der dritten Krankheitswoche zeigen und hier die Möglichkeit von Komplikationen besonders gegeben ist - beim Scharlach in einem Stadium, in dem sich die Auseinandersetzung mit der Erkrankung *im Inneren des Kindes, im Verborgenen abspielt*. Dem entspricht auch die seelische Verfassung des scharlachkranken Kindes.



Soldner / Stellmann

Individuelle Pädiatrie

Leibliche, seelische und geistige Aspekte
in Diagnostik und Beratung.

Anthroposophisch-homöopathische
Therapie

1018 Seiten, geb.
erschienen 2011



Mehr Homöopathie Bücher auf www.narayana-verlag.de