

SAFER WORLD is a private independent international internet information network
www.safer-world.org

newsletter 1 /Mai 2001

Arzneimitteltote:

Von -Unabhängige Bürgerinformationen, Unabhängiges Informationsbüro- Independent Citoyens & Citizens of Europe BERLIN. Die Zahl erscheint ungeheuerlich: Nach Ansicht von Pharmakologen sterben in Deutschland mehr Menschen an Medikamenten als im Straßenverkehr. Bei schätzungsweise 25.000 bis 48.000 Menschen jährlich führen falsch eingenommene Medikamente zum Tode, im Vergleich zu knapp 8.000 Verkehrstoten. Etwa 10.000 Todesfälle könnten durch eine sorgfältigere Verschreibung und Anwendung von Medikamenten vermieden werden. Darüber hinaus seien 250.000 Fälle schwerer Nebenwirkungen vermeidbar..28.05.2001:

=====

28.5.2001:www.safer-world.org/d/krank/alzheimer.htm

Forscher: Handys beschleunigen Alzheimer und Parkinson

Kopenhagen - Handys beschleunigen einige Nervenkrankheiten. Das haben schwedische Forscher herausgefunden. Nach ihren Erkenntnissen führen die besonderen Mikrowellen der Mobiltelefone zu Veränderungen im Gehirn. Dadurch werden die Bluthirn-Barrieren beschädigt. Diese sorgen dafür, dass die Nervenzellen vor fremden und giftigen Stoffen geschützt werden. Wenn dieser Schutz wegfällt, werden Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson und Multiple Sklerose beschleunigt.

Lesen Sie mehr unter <http://www.abendblatt.de/contents/ha/news/allgemeines/html>

=====

28.5.2001:

Folgender Brief von Dr. med Schwinger ist ein Antwortschreiben auf einen Brief von Dr. Fabig. Wir danken Herrn Dr. Schwinger, diesen hier publizieren zu koennen.

Betr.: Anfrage Dr.Fabig

22. Mai 2001

Wenn Sie mich fragen:

Wir sollten uns langsam von den genannten Institutionen und ihrer Meinung (mehr ist es ja nicht) emanzipieren und auf eigenen Füßen stehen lernen. Sie haben sich mittlerweile so weit -zumindest von meiner- allgemein-ärztlichen Erfahrung entfernt wie die MIR von unserer Erde. Ich benötige sie nicht, sie sind ein Überbleibsel aus vergangenen Tagen. Sie behindern jede vernünftige Weiterentwicklung, jede Hoffnung auf Reformation und notwendige Reorganisation einer erheblich zurückgebliebenen deutschen Umwelt-, Sozial- und Arbeitsmedizin. Sie sind uns zu nichts mehr nütze.

Wenn ich nur das Kapitel "Grenzen der Umweltmedizin heute" von Dennis Nowak in "TIM - Thiemes Innerer Medizin" Thieme 1999, Seite 2060, lese, beschleicht mich linder Grausen: "Umweltmedizin kann auch als Antwort auf die Umweltängste unserer Zeit gesehen werden", "Angst-auslösend ist vielfach die affektive Bewertung der vermuteten Toxizität", "Es ist daher geboten, bei Patienten mit umweltassoziierten Symptomen ... auch psychische Aspekte zu berücksichtigen" Und dann kommen

die Kapitel "Psychopathologie umwelt-assoziiierter Erkrankungen" etc. etc. etc. - Und, da sind wir schon wieder mitten in der Psychiatrie, einem Fach, dessen Blüte in der dunkelsten Zeit unserer deutschen Geschichte lag: "Hysterie, Panik-attacken" nannte man auch damals das, woran die Menschen - nicht nur verzweifelten, sondern auch sehr sehr vorzeitig verstarben (E.Klee, P.Riedesser). Noch dazu ist unsere Psychiatrie alles andere als einer klaren und plausiblen Naturwissenschaft und Humanität verpflichtet.

Wenn jetzt manche einlenken wollen, dann ganz sicher nicht aus einer Position der Stärke, sondern ihnen laufen wohl die Truppen davon, und es schleicht sich wohl auch die Große Unterstützung und der "Zeitgeist" etwas in die Büsche. Wer weiß. Allgemeinmedizin verfügt über eine ausgedehnte und eigenständige Erfahrung und ein reiches spezifisches Wissen. Krankheiten, die -in ihrer frühen Ausprägung- in der Klinik selten sind und dann dort nur beiläufig beobachtet werden, sind in der Allgemeinpraxis aus-serordentlich häufig und nehmen hier eine zentrale Stellung ein.

Andererseits gehören Erkrankungen, die in der Klinik (als schwere Endzustände von Organschädigungen) von besonderer Wichtigkeit sind, und dort relativ oft gesehen werden, in der Allgemeinpraxis zu den Seltenheiten (z.B. ein Hirntumor).

Diese Tatsache wird häufig nicht beachtet, scheint auch oft unbekannt zu sein. "Bei der Eigenart der Zusammensetzung des Krankengutes in der Allgemeinpraxis, wo häufig nur (frühe) Funktionsstörungen und diese oft auch nur kurzzeitig festgestellt werden können, ist die Einordnung in die vorwiegend klinisch geprägten diagnostischen Begriffe nicht immer leicht und manchmal unmöglich" (Hamm).

Diagnostik und Diagnosen in der Allgemeinmedizin, die auf einem ernsthaften wissenschaftlichen Bemühen beruhen, sind von der Freiheit in Wissenschaft und Lehre genauso gedeckt wie diejenigen von Spezialfächern, die jeweils nur einen Teil des menschlichen Organismus untersuchen und beurteilen. Wenn insofern allgemeinärztliche Differentialdiagnostik gelegentlich als ultima ratio nicht berücksichtigt wird, kann ein starres Festhalten an unzureichender Fachdiagnose unter Umständen bis zu schwerwiegenden Fehlleistungen geraten, insbesondere bei der notwendigen Prävention.

Bezüglich chronisch-inhalativer Intoxikationen und Misch-intoxikationen versagen die traditionellen toxikologischen Vorstellungen und es wird alles -wie in der modernen Physik- sehr ungewiß und schwierig (in der Physik wurde der Sachverhalt längst akzeptiert). Auch eine einfach-linear ablaufende Kausalität hat hier keine Entsprechung mehr, es handelt sich jetzt um ein kompliziertes Netzwerk rückgekoppelter Wirkungen und Rückwirkungen. Dadurch kommt es zu toxischen "Summationswirkungen" mit irreversiblen, kumulierenden Effekten an essentiellen Strukturen, und das bereits beim ersten Kontakt mit dem Gift beginnend.

Allgemeinärzte erfahren in der Regel die vollständige Anamnese,

Allgemein-medizin ist alles, was zwischen und um den schmalen Bereich der Spezialisten liegt. Für den Einzelfall ist es (bezüglich des Grades der diagnostischen Sicherheit) wichtig, daß die Diagnose mit allen einzelnen Erscheinungen (aus Anamnese und Befunden) -auch scheinbar zweitrangiger Natur- übereinstimmt.

Die Relativität der Diagnose -nach Vollständigkeit und ursächlicher Klarheit- ist abhängig u.a. vom Fach, vom Wissen und von der Zeit. In der praktische Diagnostik hat es sich bewährt, daß eine umfassende Diagnose alle Erscheinungen unter einen Hut zu bringen hat. Läßt sich auch nur ein einziges bedeutsames Symptom (z.B. bei MCS) nicht befriedigend erklären, muß man neuen Überlegungen und anderweitigen Erkenntnissen nachgehen.

Bei Intoleranz-syndromen und Hypersensibilitäts-reaktionen betroffener Patienten/tinnen sind wir - sowohl bei der neurologischen wie auch bei der psychiatrischen Beurteilung- von gesichertem Wissen und evidenz-basierten Erkenntnissen weit entfernt.

Obwohl das Wissen -allein über die Nebenwirkungen von pharmazeutischen Substanzen- viele Lehrbücher füllt und es sich dabei um die gleiche Symptomatik und die gleiche Pathogenese handelt und diese Nebenwirkungen "die häufigste Krankheit überhaupt" darstellen und die Obduktionsbefunde

der Pathologen bei Todesfällen "Übereinstimmung mit der Diagnose" beim Lebenden nur in 55% konstatierten, blieb zunächst alles beim Alten, wurde die berechnete und lösbare Frage nach der Ätiologie und Pathogenese von unklaren Krankheiten (und das sind die meisten) über Jahre ohne jegliche Begründung z.B. als störende "Fixierung auf die Umwelt" etc. abgetan, weder kritisch diskutiert noch in ihrer Relativität beurteilt. Die Problematik mit unseren »vulnerablen (Patienten-) Gruppen« wurde von den genannten Institutionen gar nicht erkannt, geschweige denn berücksichtigt.

Unverstandenes Eingreifen in komplexe Systeme hat uns an (und längst auch in) Abgründe geführt; und die Verlust-Rechnung wird sich bis zum bitteren Ende fortsetzen. Alles was uns betrifft, ist komplex, Komplexität ist unser Schicksal. Unser Dilemma ist: daß wir die Sicht aufs Ganze jener Komplexität dieser Welt, von der wir leben, verloren haben - "Und wir sehen auch schon, was wir damit anrichten"

Komplexe Systeme sind mühsam zu erkennen, schwierig zu verstehen und aufzuschließen. Besonders verhängnisvoll war und ist hierbei das Eingreifen in komplexe Vorgänge, ohne diese zugleich auch hinlänglich, angemessen und zutreffend begriffen zu haben. Die Quittungen in Gesellschaft, Soziologie, Technik, Wissenschaft, Biologie und Medizin waren und sind katastrophal.

Alle bisherige Wissenschaft ist eine notwendige, aber keine hinreichende Grundlage der Medizin. Überholte orthodoxe Wissenschaft zudem - verodet, veralzheimert und wird tödlich wie Prion's Disease.

Eine der entscheidenden neuen Einsichten aus der Untersuchung dynamischer Systeme ist die Feststellung, daß der Einfluß der »20.Stelle nach dem omma« zumindest in den Anfangsbedingungen typischerweise nicht klein bleibt (Julian Schwinger USA). Nach der Methode der Dehnung und Faltung des Variablenraums kann sich jede noch so kleine anfängliche Abweichung systematisch entfalten, bis sie das Geschehen vollständig dominiert.

Die Problematik und das Dilemma der vulnerablen Gruppen - von MCS bis hin zu CJK - zeigen uns: "UAW's" (Unerwünschte Arzneiwirkungen), UChW's (Unerwünschte Chemikalienwirkungen) oder auch die Effekte von Brandgasen im Low-Dosis-bereich z.B. können nur durch eine Vielheit von komplementären Erfahrungen und Beschreibungen erfaßt werden. Eine physikalische oder chemische Messung beschreibt und erklärt bestenfalls einen Aspekt der Realität des Organismus oder der Krankheit, niemals die gesamte ungeteilte Realität. Wesentlich ist, daß wir in der Medizin notwendigerweise komplementäre Erfahrungen und Beschreibungen brauchen, die prinzipiell vollkommen gleichberechtigt sind. Jede ist richtig, keine ist wahr. Keine genügt für sich allein, alle sind notwendig. Nur die Gesamtheit aller komplementären Beschreibungen kann die ungeteilte Realität einer chronischen Krankheit erfassen und repräsentieren.

Biologische Prozesse verlaufen letztendlich in eine Richtung und sind so in ihrer Gesamtheit irreversibel. Daß Altern, Tod und Krankheit mit dem Leben unauflöslich verbunden sind, zeigt wohl am eindrucksvollsten die Irreversibilität (Unumkehrbarkeit) aller Lebensvorgänge und entlarvt die Myriaden von Heilsversprechen speziell für die vielen chronischen Krankheiten endgültig. Das Märchen von Dolly wurzelt im Tausendjährigen Reich.

Meine Patienten/innen aber möchten gern noch etwas vom Sinn ihres zerfahrenen Lebens zu sehen bekommen, möchten gern einmal wieder Tage ohne Schmerzen und Benommenheit erleben...

Aus welchem Grund und mit welchem Recht und mit welcher inneren Einstellung könnte / sollte / müßte ich denn meinen Patienten/innen weismachen, daß "sich hinter der vermuteten Vielfach-Chemikalien-Unverträglichkeit (muß ja unbedingt auch noch eingedeutscht werden!) ein psychiatrisches Krankheitsbild verbergen kann" (Nowak 1999) oder daß "experimentelle Befunde" (wie 1938 im RKI bei den fürchterlichen Fleckfiebergeschichten?!) "die die Hypothese (= klinische Erfahrungen in USA!) von MCS "stützen und erklären sollen, nicht vorliegen" (Nowak 1999 in TIM auf Seite 2061) ??

" Wenn ein Mensch nicht im Gleichschritt mit seinen Kameraden marschiert, dann vielleicht deshalb, weil er einen anderen Trommler hört. Laßt ihn doch der Musik folgen, die er hört, -in welchem Takt oder aus welcher Ferne sie auch kommen mag-"

Gernot Schwinger, Dr.med., Facharzt, Allgemeinmedizin, Württemberg EU

=====

28.5.2001: :

IGCI Swiss/German *Independent tox-doc-information:

Funktürme, Sende-antennen und schnurlose Telefone strahlen elektromagnetische Funkwellen ab, die sich mit Licht-geschwindigkeit ausbreiten.

Bei den Mobilfunksystemen gelten besonders die verwendeten gepulsten Hochfrequenzsender gesundheitlich als bedenk-lich. Sogenannte Grenzwerte haben lediglich einen politisch (beruhigenden) Wert, medizinisch haben in der Vergangenheit alle Grenzwerte in der Regel kläglich versagt.

Hochfrequente elektromagnetische Felder können in den Körper eindringen und Atome in Schwingungen versetzen; es kommt zu u.U. riskanten Störungen des Stoffwechsels und des Nervensystems sowie zu grauen Star in den Augen. Es wurde außerdem von Störungen in der Embryonalentwicklung während der Schwangerschaft und vom Entstehen spontaner Tumoren bei chronischer Exposition berichtet.

Eine entscheidende Rolle spielen dabei sog. "hot spots", d.h. Bereiche im Körper, in denen sich hochfrequente Energie räumlich stark konzentriert - zu gefährlicher Erwärmung und zur Erzeugung von HSPs führt. Weiterhin werden abnorme Tätigkeit der Hirnaktivität und des Blutflusses beschrieben wie auch Veränderung des Calciumhaushaltes, anormale Änderungen von Zellwänden und Zellanordnungen.

Chronische Durchblutungsstörungen mit Ischämie, verursacht durch traumatische Gewebsschädigungen ("gepulste Hochfrequenz") führen in betroffenen Organen allgemein zu Veränderungen, die denen bei unspezifischen "Entzündungen" gleichartig sind. Plötzliche Ischämien bei bereits bestehender Chemikalien- und Hypoxie-Intoleranz führen dann zunehmend häufig bis an die Grenzen einer vitalen Gefährdung der Organfunktionen (Infarkt).

Das toxisch/hypoxische Ereignis bei Intoleranz ist zunächst über viele Jahre passager (transiente hypoxische oder gar ischämische Attacken /THA bzw. TIA/ Angina pectoris etc), es kommt jedoch bei weiteren Überlastungen irgendwann zum akuten klinischen Schmerzsyndrom, darüber hinaus zum permanenten funktionellem Defizit, und schließlich zu Kreislaufreaktionen, Thrombosen, Blutungen und Schock.

Eine medikamentöse Therapie bei Chemikalien- und Hypoxie- Intoleranz ist aufgrund der z.T. extremen Unverträglichkeiten von pharmazeutischen Substanzen (aller Couleur) außerordentlich schwierig. Die durch toxische Einflüsse erworbene Hyperreaktivität des vasomotorischen Apparates der Blutgefäße (bedrohliche Vasospasmen und Vasoparalyse) ist in Klinik und Literatur durch eine große Zahl tödlicher und gravierender Zwischenfälle weltweit ausreichend dokumentiert und bekannt.

Wir gehen hier ganz neue Wege.

IGCI Swiss/German *Independent tox-doc-information

=====0

20.05, 2001:

Hintergrundsfragen:

Bei Chemikalienintoleranz (CI), MCS (Multiple Chemilaisensitivitaet) und auch bei vielen anderen Krankheiten stellen sich meines Erachtens folgende Fragen:

- 1) WARUM tun sich MedizinerInnen und insbesondere PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen so schwer, den schadstoffbedingten Hintergrund bei CI, MCS und auch anderen Krankheiten zu erkennen?
- 2) WARUM tun sich WissenschaftlerInnen, insbesondere sog. ExpertInnen bei einem Paradigmenwechsel, naemlich dass Chemikalien auch in sog. Niedrigdosen durchaus krank machen koennen, so schwer?
- 3) WELCHE historischen Gruende spielen speziell in Deutschland bei der Beurteilung schadstoffinduzierter Krankheiten eine Rolle?
- 4) WER ist fuer die Beurteilung und den in Deutschland vielzitierten "Stand der Wissenschaft" tatsaechlich verantwortlich?
- 5) WARUM wird "die Wissenschaft" der Komplexizitaet von CI; MCS und den meisten unserer Krankheiten nicht gerecht?
- 6) WELCHE Behoerden, WELCHE Sachverstaendigen waren bzw. sind fuer Grenzwerte verantwortlich? WIE werden Grenzwerte hier in Deutschland und in anderen Laendern festgelegt?
- 7) WELCHE Rolle kommt den GutachterInnen bei der vorliegenden Thematik zu? WELCHE Qualifikation muessen sie vorweisen? WAS verdienen sie durch ihre GutachterInnentaetigkeit?
- 8) WARUM wird i.a. nur die akute Belastung durch einen einzelnen Stoff bzw. Stoffgruppe beachtet, nicht aber die Dauer, moegliche Synergien und/oder der Applikationsweg? WARUM werden insbesondere die Empfindlichkeit von Foeten, Kindern und schon geschaedigten Personen bei der Grenzwertfestsetzung noch kaum beachtet?
- 9) WARUM wird MCS meist als psychisches und nicht als Chemikalien bedingtes Problem beurteilt?
- 10) WER profitiert (nicht nur durch direkte finanzielle Zuwendungen sondern auch durch Veroeffentlichungsmoeglichkeiten, Forschungsauftraege, ...) bei der meist ueblichen Beurteilung?
- 11) WARUM wird meist nur der Geraetemedizin und den PsychiaterInnen geglaubt, nicht aber den Ausfuehrungen und Erfahrungen der PatientInnen?
- 12) WARUM werden speziell in der BRD CI- und MCS-krankte falsch diagnostiziert, falsch therapiert und oft mit aertzlichem, juristischem, behoerdlichem und gesellschaftlichem Segen ins gesundheitliche, finanzielle und soziale Elend und nicht selten in den Suizid getrieben?
- 13) WELCHE Unterschiede gibt es im Umgang mit CI und MCS-kranken in den verschiedenen Laendern?
- 14) WELCHE Rolle spielen die Medien bzw. bestimmte Redaktionen bei der Aufklaerung und Information der Bevoelkerung ueber schadstoffbedingte Krankheiten?
- 15) WARUM erkennen Krankenversicherungen – noch - nicht, dass sie enorm viel Geld einsparen koennten, wenn viele Falschdiagnosen und Falschtherapien wegfielen?
- 16) WELCHE Rolle spielen die verschiedenen Behoerden bei der Risikobeurteilung und bei der Aufklaerung der Bevoelkerung?

17) WELCHE Rolle spielen die verschiedenen Parteien und die einzelnen PolitikerInnen bei der Aufklärung bzw. Information der Bevölkerung und bei der politischen Umsetzung der inzwischen nicht mehr wegzudiskutierenden Erkenntnisse, dass Schadstoffe aller Art auch in sog. Niedrigdosen krank machen können?

18) WIE können von ärztlicher, juristischer, politischer, wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene aus Rahmenbedingungen geschaffen werden, so dass Kranke, die an CI, MCS und/oder anderen schadstoffbedingten Krankheiten leiden, ein Leben mit weniger Schmerzen, Beschwerden und Diffamierung und mit mehr Lebensqualität und Würde ermöglicht wird?

Vielleicht können wir hier über einige Fragen diskutieren?

Ingrid Scherrmann , Mai 2001

=====

19. 05. 2001: <http://www.safer-world.org/d/lit/nomen.htm>

Mai 2001: Von Independent Swiss/German Tox-Doc-Information:

Bezeichnungen / Nomenklatur / Sensibilität und Sensitivität und Intoleranz ...

Zum Thema "Differenzierung zwischen verschiedenen Arten von Sensitivität haben WIR in der (deutschen) Schulmedizin wesentlich mehr zu bieten.

Fast alle Krankheiten sind komplexe Gesundheitsstörungen, chronische Krankheiten ohnehin.

Alles was uns betrifft, ist komplex, Komplexität ist unser Schicksal.

Allein schon der Schreck eines unvermittelten Tunnelbrandes im Fernsehen durch-wühlt unser gesamtes Nervensystem. Unser Dilemma ist: daß wir die Sicht aufs Ganze jener Komplexität dieser Welt, von der wir leben, verloren haben. Komplexe Systeme sind mühsam zu erkennen, zu verstehen und auf-zuschließen. Besonders verhängnisvoll war und ist hierbei das Eingreifen in komplexe Vorgänge, ohne diese je zugleich auch hinlänglich, angemessen und zutreffend zu verstehen. Die Quittungen in Gesellschaft, Soziologie, Technik, Wissenschaft, Biologie und Medizin waren und sind katastrophal.

Vulnerabilität:

Die (deutschen) Bezeichnungen bezüglich MCS bis BSE im Spiegel der medizinischen Nomenklatur

Anaphylaxie: (Portier u. Richet 1902) akute allergische Allgemeinreaktion als »Typ I« der Immunreaktion. Eine humorale Allergie vom Soforttyp. Wird als aktive zytotrope A. vermittelt durch Reagine (IgE), die - anlässlich der Sensibilisierung (z.B.MCS-Syndrom) - als zytophile Antikörper die Oberfläche ihrer Zielzellen (Mast-, Endothelzellen, basophile Granulozyten, Thrombo-, Retikulohistiozyten) durch Bindung an deren Fc-Rezeptor besetzten (passive Zellsensibilisierung), so daß es bei erneutem Kontakt - u. Brückenbildung - mit dem Allergen Komplement-unabhängig zu einer Antigen-Antikörper-Reaktion kommt mit Freisetzung von Mediatoren (Histamin, H-Substanzen; auch PAF, Leukotriene, Prostaglandine) u. zur Auslösung funktioneller u./oder morphologischer Störungen, u. zwar - je nach Art der Allergenzufuhr - in bestimmten Organen (= lokalisierte A.; s.a. Prausnitz*-Küstner* Reaktion, Arthus* Phänomen) oder aber generalisiert (u. mit artunterschiedlicher Betonung der einzelnen Erscheinungen): gesteigerte Gefäßwandpermeabilität (mit Ödembildung; Urticaria, Glottisödem), Verkrampfung der glatten Muskulatur (z.B. Bronchospasmus, Darmkoliken), Steigerung der Drüsensekretion (z.B. Rhinitis), Störungen der Blutgerinnung u. des Herzrhythmus, Kreislaufversagen (= anaphylaktischer - eventuell letaler - Schock; im Gegensatz zu letzterem werden

die anderen klin. Erscheinungen als Schockfragmente bezeichnet, wobei ein bestimmtes Organ jeweils als Schockorgan im Vordergrund steht).

Engl.: anaphylaxis. Weiteres Formen: A., inverse A., lokale A., maskierte A., passive

Atopie: erhebliche (z.T. an das HLA-System gekoppelte) Überempfindlichkeit mit Neigung zu erhöhter Bildung von Immunglobulinen der Klasse E (IgE) gegen zahlreiche Chemikalien der Umwelt. Klinische Manifestation: endogenes bzw. atopisches Ekzem (Ekzema atopicum), allergisches Asthma bronchiale, Rhinitis u. Conjunctivitis allergica, Urtikaria. (gr. atopia Ungewöhnlichkeit, Seltsamkeit) f: (engl.) atopy; zusammenfassende Bez. f. die auf einer erworbenen Prädisposition beruhenden klin. Manifestationen der Überempfindlichkeitsreaktion vom Soforttyp (Typ I der Allergie*), v.a. atopisches Ekzem*, allergische Konjunktivitis, Rhinitis* allergica, exogen-allergisches Asthma* bronchiale, allergische Enteritis, oft auch die akute Form der Urtikaria*; Vork. bei 10-15% der Bevölkerung.

Idiosynkrasie: "Spontan"-Allergie bzw. Überempfindlichkeit ohne nachweisbare vorausgegangene Sensibilisierung. Idiosynkrasie ist ein Zustandsbild, bei dem die Nebenwirkung anlässlich der ersten Exposition bzw. Anwendung einer Chemikalie nicht erwartet wurde; heutzutage eine häufige Erscheinung..

Intoleranz / Pseudo-allergie: Biolog: die Unverträglichkeit (vgl. Inkompatibilität) gegenüber physikalischen und v.a. (flüchtigen) chemischen Substanzen, z.B. Duftstoff-Intoleranz, Biozid-Intoleranz u.s.w. engl.: intolerance. (lat. intolerantia Ungeduld, Unwille) f: 1. (immun.) Bez. f. immun-tox. bedingte Haut- u. Schleimhautreaktionen (z.B. Konjunktivitis, Rhinitis, Asthma bronchiale, Urtikaria), die klin. allergischen Reaktionen ähneln; als patho-physiol. Grundlagen werden Komplementaktivierung, Störungen im Stoffwechsel der Arachidonsäure* bzw. gesteigerte Labilität der Mastzell- u. Basophilenmembran vermutet; 2. (biol.) Unverträglichkeit; vgl. Allergie, Reaktion, anaphylaktoide. INKOMPATIBILITÄT: (In-; Kompatibilität) f: (engl.) incompatibility; Unverträglichkeit; 1. (serol.) Unver-träg-lichkeit v. transfundiertem Blut bzw. Blutbestandteilen od. eines Transplantats wegen vorh. Anti-körper gegen fremde Alloantigene bzw. Histokompatibilitätsantigene beim Empfänger; 2. (immun-tox.) Un-ver-träg-lich-keit, z.B. gleichzeitig od. als Gemisch verabreichter pharmazeut.Chemikalien, die miteinander (chem. od. physik.) reagieren (Komplex- od. Salzbindung u.a.) u. dadurch toxisch od. immun-tox. wirken; vgl. Interaktion.

Intoxikation: Hauptsymptome: Ödeme oder Exsikkation, Dyspnoe, blaugraue Hautfarbe, Bewußtseinsverlust, Säureatmung, Krämpfe, Proteinurie, u.U. Organversagen. Beispiel: toxic amblyopia: toxischer Sehnervenschaden: klin. Bild wie bei Retrobulbärneuritis (s. Neuritis Nervi optici); Ätiol.: z.B.: Alkohol- u. Nicotinabusus, Intoxikation mit Methanol, Salizylaten, Blei-Benzin u.v.a.m.. Protein-Denaturierung u.a.m.

Hypoxie: (Hyp-; Ox-) f: (engl.) hypoxia; Herabsetzung des Sauerstoffgehalts im Gesamtorganismus od. best. Körperregionen; Einteilung/Ätiol.: 1. hypoxämische H.: Erniedrigung des art. Sauerstoffpartialdrucks inf. respiratorischer Insuffi-zienz od. Aufenthalt in großen Höhen; 2. anämische H.: Herabsetzung der O₂-Transportkapazität des Bluts durch Verminderung des Hämoglobingehaltes (Anämie) od. durch Beeinträchtigung des O₂-Bindungsvermögens (z.B. Kohlenmonoxidvergiftung); 3. ischämische od. zirkulatorische H. (sog. tox. Stagnationshypoxie): Beeinträchtigung der Gewebepерfusion inf. von Herzinsuffizienz, Blutgefäßverschluss u.a.; 4. zytotoxische H.: Blockierung der Zellatmung durch Gifte (Cyanid, Pentachlorphenol); Sympt.: Angst u. Unruhe, Dyspnoe, Zyanose, Tachykardie, Blutdruckanstieg, Verwirrtheit, u.U. Bradykardie, Herzstillstand. »Hypoxie-Empfindlichkeit« (PETRI 1953)

Urtikaria: (lat. urtica Brennessel) f: (engl.) urticaria; sog.Nesselsucht, Quaddelsucht; flüchtige, stark juckende, schub-weise aufschießende (exanthematische) Quaddeleruption, die sich ringförmig, lasig, großflächig, flächenhaft teigig darstellen kann; häufig in Komb. mit einem Angioödem; Ätiol./Path.: durch Freisetzung von Histamin u. ähnl. Substanzen kommt es zu Erweiterung der postkapillären Venolen u. erhöhter Durch-lässigkeit der Kapillaren m. daraus resultierendem Ödem. Die Histaminfreisetzung aus den Mastzellen wird durch physik. Einflüsse (sog. physikalische U.), allergische Mechanismen (IgE-vermittelter anaphylaktischer Reaktionstyp der Allergie*) sowie durch andere nichtallerg. Einflüsse (sog. Intoleranz-Phänomene z.B. gegenüber z.B. Acetylsalicylsäure u. anderen Medikamenten, Farb- und Duftstoffen, Kosmetika und zahllosen Chemikalien der Um- und

Arbeitswelt) ausgelöst. Bei massiver U. besteht Schockgefahr! Ther.: Beseitigung der Ursachen; symptomatisch allenfalls Antihistaminika.

Oft länger als 6-Wo. anhaltende Urtikaria mit intermittierendem od. kontinuierlichem Verlauf; Urs.: Chemikalien; auch physik. Urs. (s. Urtikaria, physikalische) od. Intoleranz-reaktionen auf Arzneimittel (z.-B. Acetylsalicylsäure) od. Nahrungsmittelzusatzstoffe (z.-B. Tartrazin, Benzoesäure), evtl. auch auf tox. veränderte körpereigene Hormone. (lat. vasculum kleines Gefäß; -itis) f: (engl.) urticaria vasculitis: Variante der Vasculitis allergica mit über Tage bestehenbleibenden Quaddeln, Fieber, Arthralgien, beschleunigte BKS u. Leukozytose; Vork.: idiopathisch od. symptomatisch z.-B. bei TILT-Syndrom, GCI bzw. Lupus erythematodes u.a. tox. Autoimmunkrankheiten.

Angioödem: Syn.: Angioödem, rezidivierendes (1882) akute, bis zu 48 Std. dauernde, umschriebene blasse (angioneurot.-ödematöse) Hautschwellung (Subkutis) ohne Juckreiz, v.a. im Gesichtsbereich, evtl. unter - z.T. lebensbedrohl. - Mitbeteiligung von Schleimhäuten u. Submukosa in Mund (s.), Rachen, Kehlkopf u. Gastrointestinaltrakt (einschl. Gallenwegen). Ursache: lokale allergische (evtl. auch pseudoallerg.) Sofortreaktion auf exogene (v.a. toxische oder arzneimittel-toxische) u. (tox.verurs.)endogene Reize; bei nicht nachweisbarer Ursache als idiopathisch (= häufig übersehene "Naturheilmittel" wie AlkaloidTerpene) bezeichnet. Der Hydrops articulo-rum intermittens gilt als Äquivalent. Quincke's edema; angioneurotic e. syn.angioneurotisches Ödem, Quincke-Ödem; schmerzhaft, mehrere Tage anhaltende subkutane Schwellung von Haut u. Schleimhaut; Formen: 1. A. bei Urtikaria: bei ca. 50% der Pat. mit Urtikaria plötzlich auftretende Schwellung, häufig im Gesicht; 2. sog hereditäres A.: seltene autosomal-dominant erworben. gynäkotrope Erkr. durch Mangel eines C1-Esteraseinhibitors (C1-INH; s. Komplement) od. Bildung eines defekten C1-INH; rezidiv., häufig durch tox.Expositionen ausgelöste akute Anfälle mit Schwellungen v.-a. im Gesicht u. an den Extremitäten, Kopfschmerz, Übelkeit u. Erbrechen; Erstickungsgefahr bei Larynxödem.

Aequilibrium: (lat. aequilibrium Gleichgewicht) n: Störung des Gleichgewichts, unstabiler (intermittierender) Zustand - Symptomatik mit (transitorisch) Müdigkeit u. hypoxischer Bewußtseinsstörung, Kopfschmerz, Übelkeit, Erbrechen, Pulsbeschleunigung, passagerem Blutdruckanstieg u.evtl. cerebralen Krampfan-fäl-len etc.

Ursache: Hyperosmolarität der Gehirnzellen mit osmotisch bedingtem Hirn-ödem - verursacht u.a. durch ubiquitäre multiple chronischen Intoxikationen (Indoor- + Outdoor-Pollution / SpurenSchadstoffe).

Hyperreaktivität: Eine das Normalmaß übersteigende Reizbeantwortung mit unterschiedlichem Pathomechanismus. Individuell Reaktion.

Toxizität: Vorhersehbare, dosisabhängige Giftwirkung bei nicht immunologischem, in der Regel bekanntem Pathomechanismus. Nicht individuell. Tritt z. B. bei Arzneimittelüberdosierung auf. Intoleranz: Individuelle Reaktion im Sinne einer pharmakologischen Toxizität infolge Überempfindlichkeit bereits bei normaler Dosierung. Individuelle Reaktion, Pathomechanismus weitgehend unbekannt.

Idiosynkrasie: Nicht-immunologische, nicht-toxische Überempfindlichkeit bei normaler Dosierung. Teilweise genetisch determinierte, auf einem Metabolismusdefekt beruhende individuelle abnorme Reaktion.

Allergie: Individuelle, genetisch determinierte krankmachende immunologische Überempfindlichkeit infolge einer Änderung der spezifischen Immunitätslage. Exogene Auslösung (Allergene) bei weitgehend bekanntem, zumeist IgE-abhängigem Pathomechanismus.

Pseudoallergie: Individuelle, nicht-immunologische Überempfindlichkeit mit allerdings Allergie-ähnlicher Symptomatik. Pathomechanismus weitgehend unbekannt. Der Begriff wird häufig mit Intoleranz gleichgesetzt.

Hyperreflektorisch: Auf einer nervalen Dysregulation beruhende Untergruppe der Hyperreaktivität.

"Supersensibilität" (bezüg.Effekte im Nervensystem),

"Intoleranz" (bezügl. Chemikalien, Medikamenten, Drogen),

"Hyperreaktivität" (bezüglich Reaktionen des vasomotorischen Apparates),

"Neuro-allergie" (bezügl. Reaktionen im Zentralnervensystem),

"Hyperreagibilität" (bezügl. Reaktionen der Lunge),

"Hyper-IgE-Syndrom" (bezügl. Allergie),

"Hypersensitivitätsreaktion" (bezügl. Nierenreaktionen),

"Hyperreaktivität" (der Thrombozyten),

"Hyperergie" (Empfindlichkeit),

"Super-antigen" (wirkt stärker antigen), u.s.w. sind alles Bezeichnungen aus (Lehrbüchern) der traditionellen Schulmedizin.

Die Bezeichnung **Super-Allergie** ist ebenfalls sehr aussagekräftig.

© Schwinger-Tschanz 2001, Independent Swiss/German, Tox-Doc-Information

=====

18.5.2001:

Geklaute Kindheit durch Insektenvernichtungsmittel

Auf Grund des sehr frühen Einsatzes der Pubertät bei Kindern, die mit ihren Eltern aus Entwicklungsländern wie z. B. Indien oder Kolumbien einwanderten, suchten Mediziner nach den Gründen. Manche der Kinder kommen bereits mit 8 Jahren in die Pubertät. Im Körper der betroffenen Kinder fanden die Mediziner DDE, ein Abbauprodukt von DDT. DDE ahmt quasi das Östrogen nach. Es steuert anscheinend die sexuelle Entwicklung und ist vermutlich für die Frühreife verantwortlich.

Bisher waren die Forscher der Meinung, die Kinder entwickelten sich so früh, auf Grund Gewichtszunahme nach der Einwanderung oder genetischen Gründen. Letzteres schloss sich jedoch von selber aus, da die Kinder aus unterschiedlichen Ländern stammen.

Lesen Sie mehr unter <http://www.wissenschaft-aktuell.de>

Kommentar (Scherrmann) Es stellt sich unseres Erachtens natürlich auch die Frage, welche Rolle Pestizide (z. B. in sog. Holzschutzmitteln, Teppichboeden, Antimottensprays, ...) in und vor unseren Wohnungen bei dem frühen Einsatz der Pubertät spielen.

=====

18.5.2001:

Infos zur Toxizität von Blei leider nur auf dem Englischen web.

17.05.2001: **Blei in der Luft erhöht die Mordlust**

Zwei amerikanische Forscher haben einen direkten statistischen Zusammenhang zwischen dem Bleigehalt in der Luft und der Zahl der Mordfälle festgestellt. Damit werde die Annahme bekräftigt, Blei greife in die Hirnchemie ein und mache aggressiver.

Ein Soziologe und ein Kriminologe schätzten die Bleibelastung der Luft in 3000 amerikanischen Landkreisen ab. Unter Beachtung weiterer Faktoren kombinierten sie diese Werte mit der dort gemeldeten Mordanzahl.

In den Landkreisen mit der niedrigsten Belastung war die Mordrate bis zu 75% geringer als in den am höchsten belasteten.

URL steht nicht mehr zur Verfügung.

In den USA gibt es viele Studien, die die Zunahme von Aggressionen speziell in Verbindung mit Blei bringen.

=====

Ende des newsletter/d/1

Alle Angaben ohne Gewähr. Alle Informationen in diesem Newsletter wurden sorgfältig recherchiert. Dennoch kann keine Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben übernommen werden.

Wenn Sie den newsletter/deutsch nicht mehr erhalten wollen, mailen Sie bitte "Unsubscribe newsletter/deutsch" in der Betreffszeile an info@safer-world.org

Ingrid Scherrmann

Fuchsfeldstr. 50, D-88416 Ochsenhausen, phone: (+ 49) 7352 940529

email: Scherrmann@safer-world.org , info@safer-world.org,

web: <http://www.safer-world.org>

SAFER WORLD ist ein privates unabhängiges nicht-kommerzielles internationales Internet-Informationen-Netzwerk für eine gesündere Umwelt