

Therapeutische Erfahrungen mit Haptenen

von Peter Cornelius

Mitte der siebziger Jahre besuchte mich ein Geschäftsmann, der mir isolierte Haptenpräparate vorstellen wollte, da er die Absicht hatte, diese in Deutschland zu vertreiben.

So erfuhr ich erstmalig, dass aus Krankheitserregern isolierte Haptene, welche polysaccharidartiger Natur sind, auch therapeutisch verwendet werden können. Hinweise, bei welchen Indikationen deren Einsatz zu empfehlen sei, konnte er jedoch fast nicht geben. Er wusste lediglich zu berichten, dass das Präparat Haptenovacuna aus einem Stamm von Corynebakterien gewonnen wurde, der aus dem Feuchtmilieu des Nasenraumes angezüchtet wurde und diesen Namen (Vacuna = Höhle) erhielt, weil es für die Nasennebenhöhlen nützlich sei. Ferner, dass seine eigene Psoriasis mit Polipse (= Polisaccarido de Pseudomonas) geheilt worden sei. Polipse werde auch eine dem Cortison ähnliche Wirkung nachgesagt, ohne die für Steroide typischen schädlichen Nebenwirkungen zu haben. Er hatte versucht, diese an sich selbst erfahrene positive Wirkung von Polipse bei Psoriasis durch die Universitätshautklinik in Hamburg in klinischen Versuchen überprüfen zu lassen. Zu den Versuchen kam es nicht, da die Kosten für das geforderte Honorar und die benötigten Muster seine finanziellen Möglichkeiten bei weitem überstiegen hätten. So habe ich damals begonnen, mit Hilfe der Medikamententestung zu ergründen, in welchen Fällen ein therapeutischer Einsatz dieser Präparate sinnvoll erscheint. Über meinen heutigen Erkenntnisstand, der sich im Wesentlichen aus meinen Erfahrungen und dem Stu-

dium von Jan Kleins „Lehrbuch der Immunologie“ zusammensetzt, möchte ich hier berichten. In anderen Büchern der Immunologie konnte ich keine weiterhelfenden Aufschlüsse über die Haptene finden.

Was sind Haptene?

Der Begriff „Hapten“ wurde 1923 von Landsteiner in die Immunologie eingeführt. Er wird von dem griechischen Wort „haptain“ abgeleitet, welches „haften“ bedeutet, da Haptene an den Trägern von antigenen Eigenschaften (= Carrier) haften. Diese mit Haptenen verbundenen Carrier nennt man konjugierte Antigene. Das Molekulargewicht eines Haptens soll (nach Jan Klein) kleiner als 4000 Dalton sein; andere Autoren geben an, dass es noch unterhalb von 1000 Dalton läge, während J. Hartmann für das aus *Brucella melitensis* stammende Hapten (Polysaccharid B) ein Molekulargewicht von ca. 5000 Dalton angibt.

Haptene verfügen über zwei Bindungswerten. In den konjugierten Antigenen ist jeweils die eine dieser Valenzen mit dem Carrier verbunden. Gelangen konjugierte Antigene in den Körper, können die anderen Valenzen ihrer Haptene (nach Jan Klein) ausschließlich an die Rezeptoren der B-Zellen (= BCR), der aus dem Bursaäquivalent stammenden B-Lymphozyten, angelagert werden.

Im Gegensatz zu den Haptenen, welche isoliert keine antigenen Eigenschaften besitzen, müssen die Carrier-Moleküle eine Mindestgröße von 4000 Dalton haben, um antigenen Eigenschaften zu entwickeln. Hochaktive Antigene können über

100 000 Dalton erreichen. Diese Träger der antigenen Eigenschaften können nur von den Rezeptoren der T-Zellen (= TCR), der vom Thymus geprägten T-Lymphozyten, gebunden werden. Nur wenn ein konjugiertes Antigen gleichzeitig mit seinem Carrier-Anteil an einen TCR und seinem Haptenanteil an einen BCR angebunden ist, kann (nach Jan Klein) die B-Zelle die spezifischen Antikörper bilden und abgeben. Fehlen die Haptene, so werden zwar die freien Carrier auch von den TCR gebunden, was diese dazu veranlasst Entzündungsreaktionen zu induzieren. Die Bindung an die B-Zellen ist so aber nicht möglich, weshalb auch die Bildung und Ausschüttung von Antikörpern nicht stattfinden kann.

Durch ein solches Fehlen der Haptene ist also zwangsläufig die zweite Hälfte der Immunantwort blockiert, weshalb solche Entzündungen nicht beendet werden können, somit chronisch werden und, da eine akute Phase kaum erkennbar ist, als primär chronisch bezeichnet werden. Als Haptene können sehr verschiedene Substanzen fungieren, so z. B. Lipide, Lipoproteide, Nukleinsäuren oder Polysaccharide. Bei den Haptenen, die in Krankheitskeimen vorkommen, handelt es sich praktisch immer um Polysaccharide, welche für die jeweiligen Erreger oder Erregergruppen spezifisch sind.

Inzwischen wurde mir klar, dass Polipse als Hapten aus dem Erreger *Pseudomonas aeruginosa* (früher *Pyocyaneus* genannt) an die Carrier aus diesem Erreger und an andere freie Antigene, die diesem in gewisser Weise ähnlich sind, anbindet.



Dies bedeutet, dass durch die Substitution von Haptenen, die offenbar irgendwie abhanden gekommen sein müssen, die freien Carrier wieder in konjugierte Antigene zurückverwandelt werden. Damit wird deren Bindungsmöglichkeit an BCR wieder hergestellt, die vorher nicht möglich gewesene Ausschüttung von Antikörpern ausgelöst, oder wenn noch keine solchen in Memoryzellen bereit liegen, deren Bildung in Gang gesetzt.

Die vielfach in den verschiedensten Fällen erlebte prompte Wirkung beim therapeutischen Einsatz von Haptenen zeugt davon, dass jeweils an TCR und damit an T-Lymphozyten gebundene isolierte Carrier vorhanden gewesen sein müssen, die für die Entzündung verantwortlich waren. Auch wurden solche TCR-Carrier-Komplexe auf diese Weise überwunden, weshalb dann die Entzündungen, soweit sie von diesen ausgegangen waren, durch Beseitigung ihrer primären Ursache sofort beendet werden konnten.

Dieser Sachverhalt veranlasste mich, die Haptene im therapeutischen Einsatz als **Antigenabsorber** zu bezeichnen. Somit eröffnet die Behandlung mit Haptenen bei Krankheitserscheinungen, die auf der Anwesenheit isolierter Carrier beruhen, neue therapeutische Möglichkeiten. Im Falle des Händlers muss also dessen Psoriasis durch Carrier aus Pseudomonas oder durch andere isolierte Antigene, welche auch an die Pseudomonas-Haptene anbinden können, unterhalten worden sein und konnte daher mit diesem Hapten zur Abheilung kommen.

Da mir in der Praxis kein weiterer so gearteter Fall begegnet ist, vermute ich, dass eine solche Situation nur selten vorliegt, weshalb eine alleine auf diese Fragestellung ausgerichtete klinische Studie wahrscheinlich zu einem enttäuschenden Ergebnis geführt hätte. Gesetzt den Fall, man hätte 1000 randomisiert ausgewählte Psoriasis-Patienten mit Polipse

behandelt und bei Dreien eine Heilung erzielt, so würde man mit Sicherheit diesen 0,3 Prozent statistisch keine Relevanz zugebilligt und damit den Versuch vergessen haben. In Wahrheit hätte der Versuch gezeigt, dass nur bei diesen Dreien eine Indikation für den Einsatz von Polipse bestanden hätte und dass es bei vorhandener Indikation auch eine 100%ige Wirksamkeit zeigt.

Damit erhebt sich nun die Frage, wie es zu solchen Belastungen durch isolierte Carrier kommen kann. Wenn wir uns vergegenwärtigen, dass Polysaccharide, wie z. B. die Stärke, von den Enzymen im Verdauungstrakt und bei Bedarf das Glykogen in der Muskulatur in Monosaccharide gespalten werden, so kann man davon ausgehen, dass auch die polysaccharidartigen Haptene aus den Mikroben enzymatisch zerstört werden können. So ist damit zu rechnen, dass aus infiziertem Material, welches in den Verdauungskanal gelangt oder sich dort entwickelt, die mikrobiellen Carrier freigesetzt werden können, selbst dann noch, wenn die Erreger durch das Erhitzen der infizierten oder kontaminierten Speisen oder eine antibiotische Therapie abgetötet worden sind.

Um eine Zerstörung der therapeutisch eingesetzten Haptene im Verdauungstrakt zu umgehen, sind sie demnach möglichst parenteral zu verabreichen, also durch intramuskuläre oder subkutane Injektionen. Haptenpräparate in Tropfenform kommen wahrscheinlich durch perkutane Einreibungen, z. B. in die Ellenbeuge, besser zur Wirkung als über den oralen Weg, welcher sie den Verdauungsenzymen aussetzt.

Durch Medikamententestung war es möglich, die Treffsicherheit bei der Indikationsstellung zur Anwendung von Haptenen zu optimieren. Solche Testverfahren, wie die Elektroakupunktur nach Voll (= EAV), die Kinesiologie oder auch die Radiästhesie, setzen jedoch indivi-

duelle Fähigkeiten voraus, die wissenschaftlich bisher nicht erfassbar und sicher nur teilweise erlernbar sind. Ein Verständnis für diese Methoden kann von Ärzten, die rein schulmedizinisch ausgebildet worden sind, nicht erwartet werden. Diese Testverfahren können und müssen jedoch hier nicht erklärt werden, da umfangreiche Literatur über sie existiert und vorausgesetzt werden kann, dass sie in naturheilkundlich orientierten Kreisen bekannt sind.

So kann aus rein wissenschaftlicher Sicht bei klinischen Untersuchungen die Indikation für eine Haptenanwendung nur durch den Therapieversuch ermittelt werden. Nur aus einem beobachteten Behandlungserfolg mit einem Hapten als Antigenabsorber kann nachträglich geschlossen werden, dass die jeweiligen Beschwerden durch isolierte, von dem verabreichten Hapten wieder gebundene Carrier verursacht worden sein müssen. Ein Hapten kann also wie ein Differentialtherapeutodiagnostikum fungieren, welches bei fehlender Indikation, d. h. wenn die Beschwerden nicht durch freie Carrier verursacht sind, die an den gegebenen Hapten typ anbinden können, keine Wirkungsmöglichkeit hat. Es versteht sich daher von selbst, dass zur Ermittlung der Wirksamkeit von Haptenen randomisierte Doppelblindstudien so wenig geeignet sind, wie wenn man die Keimfähigkeit von Saatgut durch Ausstreuen desselben auf einem gepflasterten Platz prüfen wollte. Wenn dort nur drei von tausend Samen austreiben, sagt das nicht, dass die Keimfähigkeit nur drei Promille beträgt, sondern zeigt, an welchen Punkten sich genügend Humus gesammelt hat, um den Samen das Keimen zu ermöglichen.

So bleibt zunächst nur die Erfahrung, um Erkenntnismaterial über therapeutische Anwendungsmöglichkeiten von Haptenen zu gewinnen.



Nach einer Beobachtungszeit von ca. 25 Jahren, in welcher über 3000 Hapten-Ampullen eingesetzt wurden, haben sich bei mir hauptsächlich drei Indikationsgebiete bewährt. Diese sollen anhand von markanten Fallbeispielen beleuchtet werden, um Anhaltspunkte zu vermitteln, wann eine Haptentherapie erfolgversprechend versucht werden kann.

A. Die ergänzende, postantibiotische Behandlung mit Haptenen, wenn Beschwerden persistieren, obwohl die Infektionen schon überwunden sind

Fall 1:

Im Juli 1988 waren in der Familie K. Vater und Sohn an hartnäckigen Durchfällen erkrankt. Die Stuhluntersuchungen auf pathogene Keime machten bei beiden massive intestinale Candidamykosen als Ursache wahrscheinlich. Nach einer antimykotischen Therapie mit Nystatin war der Sohn sehr bald beschwerdefrei. Der Vater, der damals 49-jährige Herr E. K., schien auf diese Behandlung nicht nur nicht anzusprechen, er bekam zusätzlich Beschwerden in den Gelenken der Wirbelsäule. Auch ein weiterer Behandlungsversuch mit Amphotericin hatte keine Besserung gebracht. Die Stuhluntersuchungen zeigten jedoch das weitgehende Verschwinden der Candida-Besiedlung an. In diesem Zustand suchte er meine Praxis auf. Er erhielt eine Injektion mit 0,1 mg Candida-Hapten (Argentinien). Diese hat seine Beschwerden sowohl des Darmes als auch der Wirbelsäule sofort beendet.

Fall 2:

Der Tonsillarabszess einer Patientin war operativ und antibiotisch behandelt worden. Die Tonsille war zwar gut abgeheilt, aber die Patientin fühlte sich noch zerschlagener als vorher. Zweifellos hatte sie bei der Inzision des Abszesses Eiter geschluckt. Wenige Minuten nach der Injektion von 0,1 mg Streptokokken-Hapten (Argentinien) besserte sich ihr Befinden zusehends, eine zweite

solche Injektion am folgenden Tag stellte sie vollends wieder her.

Fall 3:

Im September 1999 stellte sich mir die 40-jährige Frau C. S. vor, welche ein halbes Jahr zuvor an einem Nabelbruch operiert worden war. Im Anschluss an diese Operation war es zu einer Streptokokkensepsis gekommen. Diese konnte zwar mit einer intensiven antibiotischen Behandlung beherrscht werden, aber die Patientin litt seitdem unter dauernden Schmerzen im Darmbereich mit häufigen Durchfällen im Sinne einer postantibiotischen Colitis.

Nach einer Injektion von 0,1 mg Streptokokken-Hapten stellten sich am folgenden Tag für eine Stunde heftige Bauchschmerzen ein; danach waren ihre Beschwerden sehr viel geringer. Drei Tage später kam es nochmals kurz zu Bauchschmerzen mit Erbrechen, womit die Beschwerden von Frau C. S. endgültig beendet waren. Dieser Erfolg zeigt, dass bei dieser Patientin isolierte Carrier aus Streptokokken für die anhaltenden Beschwerden verantwortlich gewesen sein müssen.

Ähnliche Zustände können bekanntlich auch durch Überwucherung der Darmflora mit den multiresistenten Keimen von Clostridium difficile verursacht werden. In solchen Fällen hat sich eine Behandlung mit der Nosode Clostridium difficile bewährt, welche manchmal durch Behandlung mit SANUKEHL Serra ergänzt werden muss. Die Therapie vermag offenbar das Immunsystem so spezifisch zu stimulieren, dass diese Erreger in ihre Schranken verwiesen werden.

In ähnlicher Weise mussten Patienten mit persistierenden Beschwerden nach antibiotischer Behandlung von Staphylokokken-Infektionen mit dem Staphylokokken-Hapten behandelt werden, nach antibiotisch behandelten Coli-Infektionen mit dem Coli-Hapten und nach antibiotisch behandelten Proteus-Infektionen mit dem Proteus-Hapten.

B. Die Behandlung von nicht-infektiösen, alimentären Erregertoxikosen

Da es keinen Grund zu der Annahme gibt, dass der Botulismus die einzige nichtinfektiöse, alimentäre Erregertoxikose ist, muss damit gerechnet werden, dass auch durch die orale Aufnahme anderer Erreger Beschwerden verursacht werden können, selbst wenn diese durch Kochen oder Pasteurisieren abgetötet worden waren.

Fall 4:

Am 4. 7. 1995 stellte sich die mir schon lange bekannte, damals 33-jährige Frau N. L. erstmalig mit einem akuten Rheumaschub vor. Sie war am Morgen mit völlig steifen, schmerzhaften Finger- und Zehengelenken erwacht. Dabei waren ihre ganzen Hände und Füße gerötet und dick ödematös angeschwollen.

Am Vortag hatte sie Geflügel gegessen, welches nach meiner Vermutung tuberkulinisch verseucht gewesen war. Schon fünf Minuten nach der Injektion von 0,1 mg BCG-Hapten gingen die Schwellungen deutlich zurück, und ihre Finger waren wieder schmerzfrei beweglich. Ich nahm an, dass eine alimentär bedingte Belastung durch tuberkulinische Toxine, aus denen im Verdauungstrakt die Carrier freigesetzt worden sind, die Ursache dieses Rheumaschubes gewesen war.

Solange ich noch Kontakt zu dieser P. hatte, sind derartige Beschwerden bei ihr nicht wieder aufgetreten. Auf Grund des guten Behandlungsergebnisses hat sich die Annahme, welche mich zu dem Behandlungsversuch veranlasst hatte, nachträglich bestätigt.

Fall 5:

Am 6. 3. 1998 bat mich die damals 73-jährige Frau E. H. zu einem Hausbesuch. Sie war plötzlich mit Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und so starkem Schwindel, dass sie nicht aufstehen konnte, erkrankt. Zuvor hatte sie wahrscheinlich aus dem



Balkan importierten Schafkäse verzehrt. Die Injektion einer Ampulle mit 0,1 mg Brucella-Hapten (Argentinien) hat diesen Zustand in fünf Minuten beendet, was darauf schließen lässt, dass dieser Käse mit Bang-Antigenen verseucht gewesen ist.

Die unter **A** und **B** beschriebenen Beobachtungen lassen sich vielleicht nur mit den oben aufgestellten Hypothesen erklären. Möglicherweise sind trotz einer antimykotischen oder antibiotischen Behandlung, wie bei den Fällen 1 bis 3, Antigene im Körper verblieben, oder es sind, wie bei Fall 4 und 5, aus Erregern, die in Lebensmitteln vorkommen, hitzebeständige Antigene in den Körper gelangt, auch wenn die Erreger durch Pasteurisieren oder Kochen abgetötet worden waren. Aus solchen anfangs noch konjugierten Antigenen müssen durch enzymatische Zerstörung der Haptenanteile im Verdauungstrakt die Carrier freigesetzt worden sein. Da diese Carrier eben nur von den TCR im Immunteppich der Darmwand gebunden werden, ohne von den B-Zellen unschädlich gemacht werden zu können, muss bei den betroffenen Patienten sobald als möglich das verlorengegangene Hapten substituiert werden, um die sonst blockierte zweite Hälfte der natürlichen Immunabwehr durch die B-Lymphozyten zu ermöglichen. So und wahrscheinlich nur so kann die Chronifizierung der T-Zell-vermittelten Entzündungen verhindert werden.

Bei den Fällen 4 und 5 waren offenbar schon genügend spezifische Memoryzellen (= Gedächtniszellen) vorhanden, in welchen die benötigten Antikörper fertig bereitgehalten wurden. Daher konnten mit den passenden Haptengaben die TCR-Carrier-Komplexe sofort durch Antikörper gebunden und eliminiert werden. Dies hat auch die T-Zell-vermittelten Entzündungserscheinungen durch das Wegfallen der primären Ursache sofort beendet.

Müssen Antikörper und Memoryzellen erst gebildet werden, dauert es natürlich etwas länger. Um diese zweite Hälfte der Immunantwort zu beschleunigen, kann der Körper in Einzelfällen mit Temperaturerhöhung reagieren.

Wird daher durch eine Haptengabe ein Fieberzustand ausgelöst, so handelt es sich nicht um eine unerwünschte Nebenwirkung, sondern um einen Teil der erwünschten und notwendigen Hauptwirkung selbst. Auf keinen Fall darf ein solcher Fieberzustand mit einem Antipyretikum bekämpft oder behindert, wohl aber durch Wärmezufuhr gestützt werden.

C. Haptene als Ergänzung zu einer Nosodentherapie

Nichtinfektiöse, oder nach einer antibiotischen Therapie nicht mehr infektiöse, durch freie Carrier entstandene Erregertoxikosen, die nicht rechtzeitig durch eine entsprechende Haptengabe eliminiert oder enzymatisch überwunden worden sind, können je nach Disposition des Betroffenen rasch oder auch langsam und allmählich in chronische Zustände übergehen. Wahrscheinlich geschieht dies durch eine Koppelung der TCR-Carrier-Komplexe an körpereigene Gewebselemente, welche Bestandteile enthalten, die den beteiligten Carriern als Haptenersatz dienen können. Damit sind die Kontaktstellen, mit welchen sie an ihre Haptene anbinden sollten, schon belegt. Daher sind diese chronischen Zustände einer primären Haptentherapie nicht mehr zugänglich.

Die so im Mesenchym fixierten TCR-Carrier-Komplexe und andere Resttoxikosen* führen neben den aus der Umwelt stammenden Schadstoffen zu dem, was Dr. Reinhold Voll als Mesenchymverschlackung bezeichnet hat. Viele derartige Belastungen können durch gleichartige Nosoden und die betref-

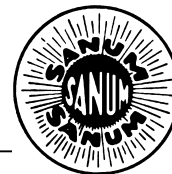
fenden homöopathisierten Schadstoffe mit einer passenden Begleittherapie überwunden werden.

Durch die Behandlung mit Nosoden und homöopathisierten Schadstoffen kann es zu Erstverschlimmerungen kommen. Sie beruhen darauf, dass diese Gift- und Schadstoffe, welche mit dem Isopathikum mobilisiert worden sind, durch den Kreislauf geschleust werden müssen, bevor sie zur Ausscheidung gelangen können.

Klingen solche Erstverschlimmerungen nach einer Nosodengabe nicht in zwei bis drei Tagen ab, so liegt dieses meistens daran, dass es sich bei den mobilisierten Toxinen um TCR-Carrier-Komplexe handelt, welche durch die spezifischen Spannungsfelder der Nosoden aus der Ankoppelung an körpereigenes Gewebe losgerissen und so wieder aktiviert worden sind. Damit ist die ins Chronische entglittene Erkrankung in den akuten Zustand zurückgeholt worden. Unter diesen Umständen kann genauso wie am Anfang die durch das Fehlen der passenden Haptene immer noch blockierte zweite Hälfte der Immunantwort nur durch die Substitution eben dieser Haptene wieder in Gang gesetzt werden. Dies ist der natürlichste und schnellste, vielleicht sogar der einzige Weg zu einer echten Heilung.

Man kann sich aber leider nicht darauf verlassen, dass jeder Patient die haptentpflichtigen Verschlimmerungszustände selbst registriert und darüber berichtet. Daher führe ich im Lauf einer Nosodenkur vor jeder

* Unter Resttoxikosen versteht man Belastungen, welche von den verschiedensten Infektionen stammen können und die besonders dann übrig bleiben, wenn in der akuten Phase der Erkrankung die Spontanheilung durch entzündungshemmende und fiebersenkende Mittel behindert worden ist.



Injektion eine Kontrolltestung durch; denn wenn ein Hapten benötigt wird, passt die Kombination von Nosoden und Begleitmitteln, welche an der Reihe wären, nicht eher, als bis dieses Hapten gegeben worden ist. In der Regel kann dann am folgenden Tag die Kur planmäßig fortgesetzt werden.

Mit einer echten Heilung ist auch die Bildung von Memoryzellen (= Gedächtniszellen) verbunden, welche so benannt sind, weil sie den Modus der Herstellung des für ein bestimmtes Antigen spezifischen Antikörpers für zukünftige Fälle im Gedächtnis behalten.

So entsteht zugleich ein nicht zu unterschätzender Schutz gegen Neuinfektionen mit dem gleichen Erreger, was in unserer Zeit, in welcher eine zunehmende Resistenzentwicklung der verschiedensten pathogenen Keime gegen fast alle antibiotischen Medikamente Besorgnis erregt, von großer Bedeutung sein dürfte.

Fall 6:

Ein etwa 30 jähriger Mann, der ca. 1983 in meine Praxis kam, litt an heftigen Beschwerden im LWS-Bereich.

Auf Grund eines Computertomogrammes war ihm zu einer Operation an der Bandscheibe zwischen viertem und fünftem Lendenwirbel geraten worden. Bevor er sich zu einer Operation entschließen konnte, wollte er es noch mit einem alternativen Therapieversuch probieren. Die Testung ergab eine Belastung mit Tuberculinum avis, dazu Teucrium scorodonia als Begleitmittel.

Gleich nach der ersten Injektion trat eine erhebliche Verschlimmerung seiner Wirbelsäulenschmerzen ein. Diese konnte mit einer Gabe von 0,1 mg BCG-Hapten in wenigen Stunden behoben werden. In diesem Fall war an jedem auf die Nosoden-Injektion folgenden Tag eine solche Injektion von BCG-Hapten erforderlich. Nach der zehnten und letzten Nosodengabe war der Patient völlig

beschwerdefrei und dachte nicht mehr daran sich operieren zu lassen.

Ohne das Hapten hätte die Nosodenkur bei diesem Patienten nicht durchgeführt werden können. Eine Operation hätte den P. wahrscheinlich nicht von seinen Schmerzen befreien können, da man bakterielle Toxine nicht grob-mechanisch entfernen kann. Wohl gelingt dies aber isopathisch, also praktisch feinstmechanisch, mit den durch die homöopathische Potenzierung stufenweise gesteigerten substanzspezifischen Hochspannungsfeldern** dieser Toxine selbst.

** Da den Hochpotenzen kein materielles Substrat mehr eigen ist, hat man als Anfänger der Homöopathie Schwierigkeiten, die Anwendung von Potenzen jenseits der Loschmidt'schen Zahl mit seinem vermeintlich naturwissenschaftlichen Weltbild in Einklang zu bringen. Daher wird leider von vielen die Homöopathie noch immer ganz abgelehnt. Eine begreifbare Antwort auf diese Frage können wir aber finden, wenn wir bedenken, dass auch die Physik eine Naturwissenschaft ist. Ihre wichtigsten Forschungsobjekte sind: Raum, Zeit, Druck, Kraft, Energie und Leistung und deren Wechselbeziehungen: lauter Phänomene, deren Existenz wohl niemand bestreiten wird, obwohl sie noch niemand selbst unter dem stärksten Elektronenmikroskop je gesehen hat.

Alle diese Begriffe sind uns jedoch durch ihre unübersehbaren Wirkungen, die wir an allen Orten wahrnehmen können, geläufig und absolut selbstverständlich. Nun sind auch die Wirkungen homöopathischer Hochpotenzen von vielen tausend Therapeuten in aller Welt in vielen Millionen Fällen beobachtet worden. Trotzdem halten sich manche für berechtigt (und sie glauben im Namen der Wissenschaft sprechen zu dürfen), diese Wirkungen zu bestreiten, nur weil sie solche Beobachtungen selbst noch nicht gemacht haben. Sie konnten aber auch keine machen, da sie kaum ein homöopathisches Medikament dem Namen nach kennen, geschweige denn deren Arzneibilder und somit überhaupt nicht in der Lage wären, jemals eine richtige Mittelwahl zu treffen.

Unternehmen wir nun den Versuch, mit Hilfe der Physik den Wirkmechanismus der potenzierten Substanzen verständlich zu machen: Wir wissen, dass es neben den uns geläufigen Kräften wie der Schwerkraft und dem Magnetismus speziell im atomaren Bereich auch noch Kräfte von kaum vorstellbarer Gewalt geben muss. Denn jeder größere Gegenstand, den man in eine solche Drehbewegung versetzen wollte, wie sie einem Elektron auf seiner

Umlaufbahn um den Atomkern eigen ist, müsste unweigerlich zerbersten, und das schon längst, ehe auch nur ein nennenswerter Bruchteil einer solchen Geschwindigkeit erreicht worden wäre.

Auch die bei der Zellteilung erforderliche Verdoppelung der Kernschleifen ist ein enorm dynamischer Vorgang. Mit unbegreifbarer Geschwindigkeit wickeln sich die spiralförmigen Genketten der Chromosome ab und nach Verdoppelung wieder auf.

Nun gibt es auch Kräfte, welche gleichartige Moleküle zusammenhalten, so dass Flüssigkeiten runde Tropfen bilden; sogar feste Stoffe gleicher Art durchwandern im Lauf der Zeit ganze Gesteinsmassen, um sich an einer Stelle zu einem Kristall zusammenzufinden.

Solche Kräfte werden mit Begriffen wie „Oberflächenspannung“ und „Kohärenz“ bezeichnet. Sie dürften sich ähnlich verhalten wie ein Spannungsfeld zwischen zwei Kondensatorplatten, von dem wir wissen, dass sich bei Verdoppelung des Abstandes der Platten auch die Spannung und damit die Volt-Zahl verdoppelt.

Von den Regentropfen ist bekannt, dass sich die negativ geladenen Teilchen an der Oberfläche sammeln, wo sie beim Fallen leicht in winzigen Tröpfchen abgerissen werden und gegenüber den dadurch nun positiv geladenen schneller fallenden Haupttropfen zurückbleiben. Mit der zunehmenden Entfernung der negativ geladenen Kleintropfenwolke von der positiv geladenen Großtropfenwolke werden die ungeheuren elektrischen Felder aufgebaut, welche sich mit Blitz und Donner entladen.

Aus den beobachteten Wirkungen der homöopathischen Hochpotenzen kann geschlossen werden, dass mit dem Potenzierungsprozess ähnliche für die jeweiligen Substanzen spezifische Hochspannungsfelder aufgebaut werden. So erhöhen sich mit jeder Potenzstufe der D-Potenzen die Entfernungen der Teilchen untereinander und damit auch ihre Spannungen auf das 2,15-fache; bei den C-Potenzen wachsen sie mit jeder Stufe auf das 4,64-fache an und bei den LM-Potenzen jeweils auf das 36,84-fache. Die dabei auftretenden Kräfte kann man sich wie unzerreißbare, unsichtbare Gummifäden vorstellen, welche zwar bei wachsender Entfernung immer dünner werden, ihre Zugkraft aber sich mit jeder Stufe verstärkt.

Denkt man an ein Magnetfeld, welches von einem magnetischen Eisenstück ausgeht und speziell Eisen am stärksten anzieht und ein wenig aber auch dem Eisen offenbar nahe stehende Metalle wie Kobalt, Nickel und Mangan, so scheinen auch potenzierte arzneiliche Substanzen am stärksten auf solche zu wirken, die ihnen gleichen (also isopathische). Sie wirken aber auch noch auf Störungen, welche in ihrer Symptomatik dem Wirkungsbild der verwendeten Substanzen ähnlich sind. Hierdurch werden die homöopathischen Wirkungen begreifbar.



Betrachten wir nochmals den Fall 6, der beispielhaft eine Gesetzmäßigkeit aufzeigt, wie sie ähnlich an weit über hundert Patienten im Lauf einer Behandlung mit Nosoden immer wieder beobachtet werden konnte. Durch diese Gesetzmäßigkeit wird die oben besprochene Hypothese eindeutig bestätigt, nämlich dass die Verschlimmerungen, welche nach jeder isopathischen Arzneigabe eintreten können und hier auch eingetreten sind, durch die für die jeweiligen Substanzen spezifischen Hochspannungsfelder der isopathischen Arzneimittel bewirkt werden.

Diese Verschlimmerungen erklären sich daraus, dass die gleichartigen Toxine, die bei den nosodenpflichtigen chronischen Erkrankungen aus mikrobiellen Carriern bestehen, eben durch die arzneilichen Hochspannungsfelder aus diesen tarnenden Bindungen an körpereigene Substrate herausgerissen und damit wieder mobilisiert werden. Durch diese Mobilisation gelangen sie wieder in den Kreislauf, was die beschriebene Art der Erstverschlimmerung zur Folge haben muss.

Wenn solche Verschlimmerungen, wie auch bei Fall 6, nicht in zwei Tagen abklingen, bedeutet dies, dass die so wieder in Bewegung versetzten TCRCarrier-Komplexe nicht alleine mit Hilfe der Begleitmittel eliminiert werden können. Aber jetzt können sie oft, genau wie es auch am Anfang, bevor sie sich fixieren konnten, möglich gewesen wäre, erstaunlich rasch mit Hilfe der ihnen entsprechenden Haptene binden und so von den B-Zellen erfasst werden. Dies ist der schnellste Weg zu ihrer Überwindung.

Diese Überwindung ist aber, wie man nun verstehen wird, im Stadium vor dieser Mobilisierung der TCR-Carrier-Komplexe noch nicht möglich gewesen.

Die unter **A** und **B** beschriebenen Zustände, welche sich als die T-Zell-vermittelten akuten Entzündungen

herausstellen, können langsam in die unter **C** beschriebenen chronischen Entzündungen übergehen.

Daher kommt es vor, dass in solchen Übergangsphasen, in welchen eben erst ein Teil der Toxine fixiert ist und ein anderer Teil noch zirkuliert, zuerst ein Hapten gegeben werden muss (wie bei A und B), um die noch freien TCR-Carrier-Komplexe zu eliminieren. Da sich aber ein Teil dieser TCR-Carrier-Komplexe schon an körpereigenen Substraten festgesetzt hat, muss zusätzlich anschließend auch noch mit den entsprechenden Nosoden durchbehandelt werden, wobei abermals und wiederholt Zwischengaben der entsprechenden Haptene benötigt werden können.

Die beobachteten Wirkungen werfen ein ganz neues Licht auf die Ätiologie von primär chronischen und autoaggressiven Erkrankungen. Wenn TCR-Komplexe mit freien Carriern entstanden sind, ohne dass ein passendes Hapten vorhanden ist, ist es vorstellbar, dass nach haptenartigen Ersatzstrukturen gesucht werden muss, damit eine vollständige Immunantwort möglich wird.

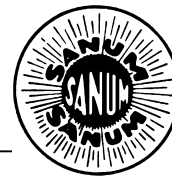
Die Erfahrungen lassen vermuten, dass eine ganze Reihe von Antigenen solche Strukturen z. B. in den Substanzen der Gelenkknorpel finden.

Wie oben schon erwähnt, können u. a. auch Nukleinsäuren die Funktion von Haptenen übernehmen. Da bei autoaggressiven Zuständen, wie z. B. dem systemischen Lupus erythematoses, Antikörper gegen Nukleinsäuren gefunden werden, liegt die Vermutung nahe, dass sie von einigen Carriertypen auch als Ersatz für ihr fehlendes Hapten genutzt werden. Die B-Zellen müssen in diesen Fällen die körpereigenen, als Haptenersatz dienenden Strukturen mit angreifen, wenn sie die betreffenden Antigene eliminieren wollen. Sind solche autoaggressiven Zustände eingetreten und soll eine

Heilung möglich werden, so müssen nicht nur die Nosoden der auslösenden Carrier gesucht werden, sondern auch noch solche, in welchen die gebildeten Autoantikörper mit enthalten sind.

Den B-Zellen ist eine primäre Immuntoleranz gegen körpereigene Substrate eigen. Daher wird eine Antikörperbildung gegen diese an TCR-Carrier-Komplexe gebundenen Gewebsbestandteile zunächst unterdrückt. Unabhängig davon bleibt der Entzündungsreiz, der von diesen Komplexen ausgeht, erhalten. Daher werden derartige Entzündungen als primär chronisch bezeichnet. Die gute Therapierbarkeit solcher Erkrankungen, wenn sofort nach deren Beginn das passende Hapten gegeben wird, zeigt aber, dass mit großer Wahrscheinlichkeit auch diese mit einem akuten Zustand begonnen haben müssen, folglich erst sekundär chronisch geworden sind.

Handelt es sich um Carrier-TCR-Komplexe, die von Erregertypen ausgehen, welche in der Regel nur reaktive Arthritiden verursachen, können diese anscheinend auch spontan überwunden oder ausgeschieden werden. Vielleicht, weil diese genügend Substanzen als Haptenersatz finden, welche nicht so spezifisch körpereigen sind, dass die zu ihrer Überwindung benötigten Antikörper autoaggressiv sein müssen oder weil sie enzymatisch, sei es durch körpereigene oder durch arzneilich zugeführte Enzyme wie Bromelain, Pankreas-Fermente oder Serrapeptase, aufgelöst werden können. Generell kann man sich auf die spontane Überwindbarkeit dieser sogenannten reaktiven Arthritiden nicht verlassen. Bei manchen Patienten müssen nämlich bei diesen Arthritiden die Nosoden der entsprechenden Erregertypen gegeben werden. Durch die Nosoden werden auch solche Entzündungen zum Abklingen gebracht, die bei anderen Personen nur als reaktiv erscheinen,



da sie ohne jegliche Behandlung wieder verschwinden. Sind dagegen für die Entstehung von Entzündungen freie Carrier von pathogenen Mykobakterien oder Streptokokken verantwortlich, bleiben deren TCR-Carrier-Komplexe für das Immunsystem ohne eine Substitution der fehlenden Haptene, anscheinend dauerhaft unangreifbar, weshalb sie nicht als nur reaktiv eingestuft werden.

Dr. Nieper berichtete, dass durch eine Therapie mit dem Neurotransmitter „2-Aminoethanolphosphat“ (= Phosetamin® und Calcium-EAP®) bei MS-Patienten die Markscheiden der Nervenfasern durch Wiederaufbau des physiologischen elektrischen Potentials vor der Autoaggression geschützt werden können. Sollte sich seine Hypothese erhärten, liegt die Vermutung nahe, dass für die Fähigkeit der B-Zellen, Substanzen als körpereigen zu erkennen, das im gesunden Zustand vorhandene elektrische Potential der betroffenen Gewebe wesentlich ist. Somit könnte für dieses Erkennen vielleicht eine gewisse Wahrnehmungsfähigkeit verantwortlich sein, die, ähnlich wie ein elektronischer Schlüssel, nicht mehr funktioniert, wenn die Batterie leer ist.

Das würde bedeuten, dass eine Autoaggression erst einsetzen könnte, wenn das natürliche elektrische Potential zusammengebrochen*** ist, während gleichzeitig auch TCR-Carrier-Komplexe vorhanden sind, die an körpereigene Strukturen als Ersatz für ihr verloren gegangenes Hapten angebunden sind.

So kann die Entstehung von Autoaggressionskrankheiten leicht verstanden werden. In der Laboratoriumsdiagnostik sucht man überwiegend nach Antikörpern bzw. ermittelt Anikörpertiter. Das Fehlen der Haptene behindert jedoch gerade die Bildung von Antikörpern oder macht sie vielleicht sogar unmöglich. Daher können Belastungen mit isolierten Carriern von diesen Untersuchungsmethoden praktisch nicht

erfasst werden. Da die von den TCR-Carrier-Komplexen bevorzugten Ersatzhaptene hauptsächlich im Mesenchym gefunden werden, werden sie eben auch dort gebunden und können deshalb nicht mehr zirkulieren. So musste die Suche im Blut, welches das hauptsächlichliche Untersuchungsmaterial der Laboratorien darstellt, vergeblich sein, und es wird verständlich, warum die Ursachen solcher Leiden bisher noch weitgehend im Dunklen geblieben sind.

Erst die von Dr. Voll ausgebaute Nosodentestung hat etwas Licht in dieses Dunkel bringen können. Die von ihm zunächst als Arbeitshypothese formulierte Behauptung, dass viele chronische Leiden als Belastung durch die nämlichen Toxine zu erklären sind, welche den bei der Testung gefundenen Nosoden als Ausgangsmaterial zugrunde liegen, wird durch die beobachteten Wirkungen der ergänzenden Haptentherapie so erhärtet, dass sie als erwiesen betrachtet werden darf.

Somit eröffnet die therapeutische Kombination von Nosoden und Haptenen erstmalig die Möglichkeit einer wirklich kausalen Therapie von Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, da sie, soweit es sich um T-Zell-vermittelte chronische Entzündungen handelt, die primären Ursachen dieser Leiden angreift.

Sollten fortschrittliche Rheumatologen jemals eine kausale Therapie in ihrem Fachgebiet anstreben, so führt kein Weg am Einsatz von Haptenen vorbei, die oftmals mit Nosoden kombiniert werden müssen. Sie befinden sich allerdings in einem fast ausgewogenen Dilemma, da ihr therapeutisches Konzept bisher fast ausschliesslich auf immun-suppressiven Arzneien gegründet ist.

Da eine kausale Behandlung mit Haptenen und Nosoden nur in der Zusammenarbeit mit einem funktionierenden Immunsystem wirksam

werden kann, ist sie bei gleichzeitiger Anwendung von nicht-steroidalen Antirheumatika, Steroiden oder der noch härteren Immunsuppressiva und Zytostatika nicht anwendbar.

Damit ist das Rätsel der Ursache von T-Zell-vermittelten Entzündungen gelöst; die T-Lymphozyten senden nicht plötzlich Entzündungsmediatoren aus, weil sie aus unerfindlichen Gründen verrückt geworden sind, sondern weil sie an einen giftigen Carrier angebunden sind, dessen Vernichtung eben mit Hilfe der bekannten Entzündungsreaktionen beschleunigt werden soll.

SANUKEHL-Präparate der Firma SANUM-Kehlbeck

Die Firma SANUM-Kehlbeck stellt Haptene in Form der SANUKEHL-Reihe her. Dabei ist die Darreichungsform als Ampullen zu 1 ml bisher in Ländern wie der Schweiz und den Niederlanden verkehrsfähig. Die dazugehörigen Tropflösungen (à 10 ml) sind in der Potenz D6 in Deutschland registriert und in jeder Apotheke erhältlich. Alle genannten Serienpackungen und Testreihen mit ihren Kennziffern beziehen sich auf das Angebot der Fa. Staufen-Pharma.

Die folgenden 13 Haptenzubereitungen sind verfügbar:

1. Hapten aus *Pseudomonas aeruginosa* (= SANUKEHL Pseu, entsprechend dem argentinischen Präparat Polipse)

Das Hapten aus *Pseudomonas aeruginosa* ergänzt als Antigenabsorber die entsprechende Nosode Bacterium pyocyaneus (Serienpackung F 3). Das Hapten hat ein

*** Für dieses Zusammenbrechen könnten vielleicht elektrisch leitende Schadstoffe oder permanente elektrische Spannungen zwischen Zahnfüllungen verantwortlich sein, eventuell auch eine starke Irritation durch Elektrosmog oder die Einwirkung von geopathischen Feldern.



etwas breiteres Wirkungsspektrum als die Nosode, und es schien mir sogar, dass es auch bei viralen Nosoden als Antigenabsorber einsetzbar ist. Es könnte sich aber hier in Wirklichkeit um die Aufhebung einer hydrocortisonbedingten Immunsuppression handeln. In-vitro-Versuche von Kunze und Hartmann legen dies nahe, denn nicht selten sind Patienten mit chronischen Viruserkrankungen vorher mit Steroiden behandelt worden.

So kann es vorkommen, dass das Pseudomonas-Hapten, z.B. bei der Nosode SPS (= Schweinepest-Serum), Serienpackung F 39, im Wechsel mit den einzelnen Injektionen der Nosode, die nebst einem Begleitmittel in aufsteigender Potenzenfolge benötigt wird, gegeben werden muss.

Es wird zwar immer wieder versichert, dass das Schweinepest-Virus auf den Menschen nicht übertragbar sei, trotzdem kann in zahlreichen Fällen eine SPS-Belastung gefunden werden. Dr. Voll berichtet, dass er selbst eine handfeste, höchst unangenehme SPS-Infektion durchgemacht habe. Meistens kann man solche Belastungen nur als nichtinfektiöse alimentäre Erregertoxikosen mit SPS erklären; man findet sie fast immer bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, oft auch bei Stomatitiden und spastischen Bronchitiden. Auch bei chronischen Ekzemen muss, wenn sie zu nässen beginnen, zusätzlich zur Grunderkrankung eine überlagernde SPS-Belastung mit in Erwägung gezogen werden.

Fall 7: 1976 wurde mir der damals 11-jährige G. K. mit einer rezidivierenden Uveitis vorgestellt. Auch bei ihm zeigte meine Testung, dass die Nosode SPS benötigt wurde. Meine Kontrolltestungen vor jeder Injektion zeigten aber, dass die Behandlung mit dieser Nosode nur mit zweimaliger Zwischengabe jeweils einer Injektion von 0,1mg Pseudomonas-Hapten (Argentinien) erfolgreich

durchgeführt werden konnte, was mich zunächst, wie oben erwähnt, die Wirksamkeit dieses Haptens auch bei Viruserkrankungen vermuten ließ. Der Patient war jedoch vorher in einer Kinderklinik intensiv mit Cortison behandelt worden. Daher schienen jetzt die oben genannten Versuche von Kunze und Hartmann, welche die Aufhebung einer hydrocortisonbedingten Immunsuppression durch das Pseudomonas-Hapten belegen, die Notwendigkeit bei G. K. zwischen den Nosoden-Injektionen jeweils zweimal eine Amp. dieses Haptens zu geben eher zu erklären.

2. Hapten aus *Mycobacterium tuberculosis Typus bovinum* (= SANUKEHL Myc, entsprechend dem argentinischen BCG-Hapten)

Das Hapten aus *Mycobacterium tuberculosis Typus bovinum* passt zu allen tuberkulinischen Nosoden: Tuberculinum (= T. humanum, Serienpackung E 3); Tuberculocidinum Klebs (Serienpackung E 5); Tuberculinum avis (Serienpackung E 7), Tuberculinum bovinum (Serienpackung E 8); Endometritis tuberculosa (Serienpackung K 12) und Blasen-Tbc (Serienpackung M 8).

Tuberkulinische Belastungen kommen nicht nur bei Gelenkerkrankungen vor, wie bei Fall 4 und Fall 6 beschrieben, sondern können praktisch an allen Organen gefunden werden. Auch bei Patienten mit Hörsturz fand ich meistens eine tuberkulinische Belastung. (siehe auch den Artikel über die tuberkulinische Konstitution in der Sanum-Post Nr. 51, S. 4).

Da bei den Betroffenen nur eine sofortige Behandlung Aussicht auf Erfolg hat, gehört dieses Hapten meiner Ansicht nach in den Notfallkoffer.

3. Hapten aus *Streptococcus haemolyticus* (= SANUKEHL Strep, entsprechend dem argentinischen Estreptohapten)

Das Hapten aus *Streptococcus haemolyticus* passt zu allen Streptokokken-Nosoden: Streptococcinum (Serienpackung A 5), Staphylo-Streptococcinum (Serienpackung A 28), Streptococcus viridans (Serienpackung A 29), Streptococcus haemolyticus (Serienpackung A 30), Scarlatinum (Serienpackung F 2) und Nosode Parulis (Streptococcus mucosus) (früher Serienpackung Z 34).

Bei vielen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sind Belastungen mit Streptokokken ursächlich beteiligt. Durch Testung muss herausgefunden werden, ob mit einer der genannten Nosoden behandelt werden muss. Ist dieses der Fall, sollten immer genügend Ampullen von Streptokokken-Hapten bereitgehalten werden, um bei Bedarf drastische Verschlimmerungen abfangen zu können.

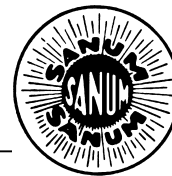
Auch bei allen Beschwerden, die nach antibiotisch behandelten Streptokokken-Infektionen auftreten oder persistieren, muss neben einer Belastung mit Clostridium difficile an dieses Hapten gedacht werden.

4. Hapten aus *Staphylococcus aureus* (= SANUKEHL Staph, entsprechend dem argentinischen Estafilhapten)

Zu dem Hapten aus *Staphylococcus aureus* passen die folgenden Nosoden: Staphylococcinum (Serienpackung A 4), Staphylococcus aureus (Serienpackung A 26), und Staphylo-Streptococcinum (Serienpackung A 28).

5. Hapten aus *Candida albicans* (= SANUKEHL Cand, entsprechend dem argentinischen Candida-Hapten)

Das Hapten aus der Hefe *Candida albicans* passt neben der Nosode Monilia albicans (Serienpackung N 20) auch zu den meisten anderen Pilznosoden, wie Nosode mycotischer Fluor (Serienpackung K 18),



den Aspergillen: *Aspergillus niger* (Testreihe 144), *Aspergillus fumigatus* (Testreihe 168), und *Aspergillus ochraceus* (Testreihe 187) (vielleicht kann es auch zu einer Ausleitung von Aflatoxin (Serienpackung A 37) in Frage kommen), *Geotrichum candidum* (Testreihe 170), *Mycosis oris* (Testreihe 62), *Sporotrix Schenkii* (Testreihe 178), *Malassezia furfur* (Testreihe 180) und *Torulopsis glabratis* (Testreihe 146).

Nur die Pilznosode *Trichophytie* benötigt ihr eigenes Hapten (SANUKEHL Trich).

Desweiteren habe ich erlebt, dass bei Frau E. H. (Fall 5) eine drastische Verschlimmerung von Beschwerden im Kreuzbeinbereich nach der Gabe von *Ustilago maydis D30* durch die Gabe von 7 Amp. SANUKEHL Cand D5 sofort behoben wurde. Auch wenn dieses erst eine Einzelbeobachtung ist, kann für möglich gehalten werden, dass auch die Pilz-Antigene der *Ustilaginaceae* für den Menschen pathogen sein können und dass die aus ihren Antigenen isolierten Carrier auch an das *Candida albicans*-Hapten anbinden. Eine *Ustilaginaceen*-Belastung kann man sich vielleicht durch den Verzehr von Schweinefleisch oder Geflügel (vielleicht im Fall von Frau E. H. durch Putenschnitzel) zuziehen, da diese Tiere viel mit Mais gefüttert werden. Der Maisbrand ist in allen Mais-Anbaugebieten verbreitet.

Vorsicht, wenn bei einer laufenden Injektionsserie mit Pilznosoden unerwartet Wirbelsäulen- und andere Gelenkbeschwerden auftreten! Nicht nur die TCR-Carrier-Komplexe von Mykobakterien und Streptokokken, sondern auch die bei der Behandlung mobilisierten Pilz-Antigen-Komplexe greifen gerne die Gelenkknorpelsubstanz an.

Der beschriebene Krankheitsverlauf von Fall 1 lässt vermuten, dass die Carrier von pathogenen Pilzen nicht nur durch eine Nosodenkur mobilisiert werden, sondern auch bei akuten Pilz-Infektionen durch eine anti-

mykotische Therapie freigesetzt werden können. In solchen Fällen gebe man *Candida*-Hapten. Antiphlogistika können hier eine Heilung nur behindern und akute Zustände in chronische verwandeln.

6. Hapten aus *Trichophyton verrucosum* (= SANUKEHL Trich)

Das Hapten aus dem Pilz *Trichophyton verrucosum* ist das zur Nosode *Trichophytie* (Serienpackung N 14) gehörige Hapten. Wiederholt konnte diese Nosode erst nach einer Vorbehandlung mit dem Hapten getestet werden, woraus man schließen möchte, dass es keine Seltenheit ist, dass bei *Trichophytien* ein Mischzustand von akuter und chronischer Erkrankung anscheinend längere Zeit bestehen kann.

7. Hapten aus *Proteus vulgaris* (= SANUKEHL Prot, entsprechend dem argentinischen *Proteus*-Hapten)

Das Hapten aus dem Bakterium *Proteus vulgaris* passt zu der Nosode *Bacterium Proteus* (Serienpackung B 2), welche auch gelegentlich erst nach einer Vorbehandlung mit diesem Hapten testbar wird. Nicht selten muss es nach jeder einzelnen Nosodengabe wiederholt verabreicht werden. Schon manche chronische *Proteus*-Cystitis, die langjährig fachurologischen Bemühungen getrotzt hatte, konnte so geheilt werden. Leider waren hierfür oft 2 Ampullen mit je 0,1 mg von *Proteus*-Hapten (Argentinien) erforderlich, so dass es schwierig werden kann mit dem Präparat SANUKEHL Prot, welches in Ampullenform hier in Europa leider zur Zeit nur in einer D 7 angeboten werden darf, zu vergleichbaren Ergebnissen zu kommen.

Nach neueren Erfahrungen hat sich SANUKEHL Prot auch bei der Therapie einer Infektion mit *Helicobacter pylori* bewährt (s.a. den SANUKEHL-Artikel in der *Sanum-Post* Nr. 43, S. 2).

8. Hapten aus *Propionibacterium acnes* (= SANUKEHL Acne, entsprechend dem argentinischen *Haptenovacuna*).

Das Hapten aus dem Bakterium *Propionibacterium acnes* passt zu der Nosode *Corynebacterium anaerobium*, die früher als KUF-Reihe Z 49, jetzt als Serienpackung A 38 angeboten wird****.

Die argentinische Bezeichnung *Haptenovacuna* bezieht sich, wie schon erwähnt, auf die Herkunft des angezüchteten Erregerstammes aus dem Feuchtmilieu der Nasennebenhöhlen.

Es kann zu allen chronischen Irritationen im Feuchtbereich der Atemwege als Antigenabsorber gebraucht werden, so zum Beispiel auch zu den verschiedenen Grippe-Nosoden. Natürlich kann es auch zu der Nosode *Acne* (Serienpackung N 17) in Erwägung gezogen werden, dürfte wahrscheinlich aber speziell für die Behandlung der Akne *fulminans*, die ja keiner antibiotischen Therapie zugänglich ist, sehr interessant werden.

9. Hapten aus *Brucella melitensis* (= SANUKEHL Brucel, entsprechend dem argentinischen *Brucel*-Hapten)

Das Hapten aus dem Bakterium *Brucella melitensis* ergänzt eine Behandlung mit der Nosode *Brucella melitense*, dem Malta-Fieber (Serienpackung F 34), oder der Nosode *Bang* (Serienpackung F 5).

Man muss nicht auf Malta gewesen sein, um eine Belastung mit *Brucella melitensis* bekommen zu können. *Bang*-Belastungen können anscheinend durch den Verzehr von importierten Milchprodukten, besonders aus Schaf- oder Ziegenmilch, erwor-

**** Man beachte auch meine Ausführungen zur Nosode *Corynebacterium anaerobium* und *Propionibacterium acnes* in meinem Buch: „Nosoden und Begleittherapie“, 3. Auflage, S. 68 f.



ben werden. Die meist chronischen katarrhalischen Beschwerden müssen dann mit der entsprechenden Nosode behoben werden, wobei nicht selten eine Zwischengabe des Haptens aus *Brucella melitensis* als Antigenabsorber benötigt wird. Bei akuten Bang-Belastungen können gastro-intestinale Beschwerden wie bei Fall 5 im Vordergrund stehen; sie können durch sofortige Gabe von Brucella-Hapten rasch behoben werden, auch ohne dass nachfolgend immer eine *Brucella*-Nosode benötigt wird.

Meine Erfahrungen beziehen sich hier auf die argentinischen Ampullen, die 0,1 mg von Brucella-Hapten (Argentinien) enthalten. Es kann noch nicht gesagt werden, wie viele Ampullen von dem Präparat SANUKEHL Brucel D6 benötigt werden, um zu vergleichbaren Ergebnissen zu kommen.

Nach neueren Erfahrungen hat sich SANUKEHL Brucel auch bei der Therapie der Borreliose bewährt (siehe auch den SANUKEHL-Artikel in der SANUM-Post Nr. 43, S. 2).

10. Hapten aus *Klebsiella pneumoniae* (= SANUKEHL Klebs)

Das Hapten aus *Klebsiella pneumoniae* passt natürlich zu der Nosode *Klebsiella pneumoniae* (Testreihe 53), ferner zu den Nosoden *Haemophilus influenzae* und *Haemophilus influenzae*-Serotyp B (Testreihen 113 und 114). Obwohl dieses Hapten als Ampullen nur in der D6 angeboten wird, kann die benötigte Balance von durch die Nosode mobilisierten Toxinen meistens mit drei bis zehn Ampullen erreicht werden.

11. Hapten aus *Escherichia coli* (= SANUKEHL Coli), entsprechend dem argentinischen Coli-Hapten)

Das Hapten aus *Escherichia coli* passt zu den Nosoden *Bacterium*

coli (Serienpackung B1) und *Escherichia verotoxinbildend* (Testreihe 192).

Besonders denke man an dieses Hapten, wenn bei Darm- und Blasenleiden nach einer antibiotischen Behandlung, aber auch während einer Kur mit der Nosode *Bacterium coli*, ähnlich wie dies schon bei Fall 1 und den Pilznosoden beschrieben wurde, Beschwerden auftreten, die man dem rheumatischen Formenkreis zurechnen würde. Auch von diesem Hapten sind Ampullen zur Zeit in Europa nur in der D7 im Angebot.

12. Hapten aus *Salmonella enteritidis* (= SANUKEHL Salm)

Diesem Hapten entspricht die Nosode *Bacterium Gärtner* (Serienpackung B 5). Wie zu erwarten, passt dieses Hapten aus *Salmonella enteritidis* auch zu den anderen Salmonellen-Nosoden: Nosode *Typhimum* (Serienpackung B 3), Nosode *Salmonella TP* (Serienpackung B 31) und Nosode *Salmonella Typhimurium* (Testreihe 135).

Dieses Hapten kann auch nach einer Blinden, zur Vorbeugung gegen nosokomiale Infektionen verabreichten, antibiotischen Therapie, ähnlich wie das folgende Hapten aus *Serratia marcescens*, benötigt werden.

Obwohl dieses Hapten als Ampullen nur in der D6 angeboten wird, kann die benötigte Balance der mobilisierten Toxine meistens mit drei bis zehn Ampullen erreicht werden.

13. Hapten aus *Serratia marcescens* (= SANUKEHL Serra)

Eine Nosode aus *Serratia marcescens* ist noch nicht hergestellt worden. Bei meinen Testungen ist das Hapten aus *Serratia marcescens* zu den Nosoden *Sarcina ventriculi* (Testreihe 84), Nosode *Yersinia enterocolitica* (Testreihe 91) und zu den Clostridien-Nosoden: Nosode *Botulismus* (Serienpackung B 8), Nosode *Tetanus* (Serienpackung DA

4), Nosode *Clostridium difficile* (Testreihe 21), Nosode *Clostridium paraputrificum* (Testreihe 22), Nosode *Clostridium cadaveris* (Testreihe 123) Nosode *Clostridium innocuum* (Testreihe 124) und Nosode *Clostridium tertium* (Testreihe 125) vorgekommen. Es ist zu erwarten, dass es auch zu der Nosode *Enterococcinum* (Serienpackung B 19) einsetzbar wäre.

Serratia-Arten werden besonders häufig bei Hospitalismus als Erreger gefunden. Schon jetzt zeichnet sich ab, dass bei sehr vielen nosokomialen Erkrankungen an SANUKEHL Serra zu denken ist.

Das bedeutet, dass bei vielen Patienten, die aus Krankenhäusern entlassen wurden, in welchen ihnen ob mit oder ohne Indikation Antibiotika verabreicht worden sind, anschließend Beschwerden auftreten können, die auf Resttoxikosen nach nosokomialen Infektionen beruhen. Solche Beschwerden können oft mit diesem Hapten (natürlich gegebenenfalls auch mit einem, den Belastungen entsprechenden anderen Hapten) gut behandelt werden. Dieses sollte auch geschehen und zwar möglichst noch, bevor solche Beschwerden in chronische Zustände abgerutscht sind und damit nosodenpflichtig werden. Im Zeitalter der infektiösen Immunschwäche und der therapeutischen Immunsuppression sollten auch die Klinikärzte untersuchen, ob das *Serratia*-Hapten nicht schon im Krankenhaus zur Behandlung des Hospitalismus von großer Bedeutung sein könnte.

Aus Argentinien standen mir die Haptene aus *Salmonella enteritidis*, *Serratia* und *Klebsiella pneumoniae* noch nicht zur Verfügung; meine Beobachtungen mit diesen Haptenen sind daher noch nicht so umfangreich.

Neben den zu den einzelnen Haptenen angegebenen Nosoden können bei Belastungen, welche mit



einem Pyrogenium (Serienpackungen A 1, A 15, A 16, A 18, A 19, A 20 und A 32 und dem Pyrocoxinum der Fa. Archea) auszuleiten sind, alle einzelnen Haptene als Antigenabsorber benötigt werden, da an der Fleischverwesung die verschiedensten Mikrobenarten beteiligt sein können.

Meine Erfahrungen beziehen sich überwiegend auf die argentinischen Hapten-Zubereitungen, die auf einen Gehalt von 0,1 mg pro ml eingestellt sind, also in ihrer Konzentration einer D4 entsprechen. Aus praxisfernen arzneimittelrechtlichen Gründen können die SANUKEHL-Präparate nur in den Potenzen D5 bzw. D6 oder D7 angeboten werden. Daher sind, um zu vergleichbaren Ergebnissen kommen zu können, oft mehrere Ampullen erforderlich, was andererseits eine Anpassung der Dosierung und Kombination an die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten bei der Testung erleichtert.

Vielleicht eignet sich auch eine großflächige perkutane Anwendung von SANUKEHL-Präparaten, welche als Tropflösungen à 10 ml in der D6 zur Verfügung stehen.

Außerdem können natürlich allen diesen Präparaten, auch in den Potenzen D6 oder D7 und höher, noch mancherlei, von mir bis jetzt nicht erkannte, Wirkungsmöglichkeiten innewohnen, die möglicherweise von den hier dargestellten Zusammenhängen ganz unabhängig sind. Solche Zusammenhänge

sind in dem Artikel „SANUKEHL-Präparate zur Ausleitung zellwandfreier Bakterienformen“ dargestellt, der ebenfalls in der vorliegenden Ausgabe der SANUM-Post enthalten ist.

Über die angegebene Anwendung von *Brucella*-Hapten als Antigenabsorber bei der Behandlung von *Brucella*-Belastungen hinaus wird mir berichtet, dass in Argentinien eine Interferon-induzierende Wirkung dieses Haptens beobachtet worden sei, insbesondere in einer Kombination mit dem Hapten aus *Pseudomonas* (SANUKEHL Pseu).

Inzwischen wurde von R. Kunze und J. Hartmann durch in-vitro-Versuche mit SANUKEHL Pseu (= Polipse) eine signifikante Steigerung von Tumornekrosefaktor- α und Interleukin 1 β , -6 und -10 nachgewiesen, wobei sich auch eine wesentliche Steigerung des Granulozyten-/Monozytenkoloniestimulierenden Faktors ergab.

Solche Wirkungen waren im Gegensatz zu den oben beschriebenen auch schon mit höheren homöopathischen Potenzen zu beobachten, während meine Überlegungen davon ausgehen, dass die Wirkungen der Haptene als Antigenabsorber nicht homöopathischer Natur sind, sondern stöchiometrischen Gesetzen folgen, d. h. jedes freie Carrier-Molekül braucht sein Hapten-Molekül.

In Argentinien gibt es auch noch ein paralleles Präparat mit dem Namen Policel, welches aus Tumorzellen

gewonnen wird. Dieses könnte vielleicht bei Degenerations-Nosoden als Zwischengabe in Frage kommen. Die wenigen Versuche mit diesem Präparat, die mir möglich waren, erlauben aber noch keinerlei Rückschlüsse; Wirkungen sind ja auch auf diesem Gebiet sehr viel schwerer beurteilbar. Bei der weiteren Erforschung der Haptene zur Therapie kann sicher noch viel Interessantes erwartet werden. □

Literatur:

- Cornelius, P.: Nosoden und Begleittherapie, 3. Auflage; Pflaum Verlag München - Bad Kissingen - Berlin - Düsseldorf - Heidelberg, 1999
- Klein, Jan: Immunologie, VCH-Verlag, Weinheim - New York - Basel - Cambridge 1991, S. 281 ff und S. 371
- Kunze, Dr. R. und J. Hartmann: Das immunmodulatorische Profil von SANUKEHL Pseu, SANUM-Post Nr. 37, S. 11, 1996
- Kunze, Dr. R. und J. Hartmann: Aufhebung hydrocortisonbedingter Immunsuppression, SANUM-Post Nr. 41, S. 2, 1997
- Kunze, Dr. R. und J. Hartmann: Aufhebung Hydrocortison-bedingter Immunsuppression mittels SANUKEHL Pseu in-vitro, Erfahrungsheilkunde, S. 568; 9/1997
- Nieper, Dr. H., Revolution in Medizin und Gesundheit, MIT-Verlag 1994

Adresse des Autors:

Peter Cornelius
Arzt für Allgemeinmedizin
Wiesenstraße 4
82269 Geltendorf