

# Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind heilbar

## Kombinierte Anwendung von SANUKEHL-Präparaten und Nosoden

von Peter Cornelius

Im Gegensatz zur Meinung, dass chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) unheilbar seien, kann ich berichten, dass es für diese Krankheitsgruppe eine Therapie gibt, die ohne schädliche Nebenwirkungen ist und echte Heilungschancen bietet. Diese Therapie umfasst den Einsatz von Nosoden und potenzierten Schadstoffen sowie eine Begleittherapie, die aus Mitteln der Homöopathie und Phytotherapie, homöopathisierten Organpräparaten, SANUKEHLEN (Haptenen), Symbioselenkung und Diät besteht.

Da die Nosodentherapie auf dem isopathischen Prinzip beruht, erlaube ich mir, angesichts von vier geheilten Fällen neue Hypothesen zur Ätiologie dieser Leiden aufzustellen.

Doppelblindstudien mit dieser Art von Behandlung sind leider nicht möglich, da sie in jedem Fall höchst differenziert an die individuellen Gegebenheiten der einzelnen Patienten angepasst werden muss. Daher kann ein standardisierter Therapieplan, wie er für solche Studien benötigt würde, nicht aufgestellt werden,

Den folgenden Ausführungen liegen die für die 4. Auflage meines Buches „Nosoden und Begleittherapie“ vorgesehenen Ergänzungen der Abschnitte, in welchen über CED berichtet wird, zugrunde. Sie sollen die Möglichkeiten und Grenzen dieses Heilverfahrens aufzeigen,

### Durch Testung zur individuellen Therapie

Diese Therapie verlangt vom Behandler die Fähigkeit, eine Art Me-

dikamententestung durchzuführen (z. B. mit der EAV, mit der Kinesiologie oder bei genügender Begabung und selbstkritischer Übung mit Rute oder Pendel), denn die Indikationen zum isopathischen Einsatz der Nosoden können einstweilen nur durch solche Testungen ermittelt werden.

Um zu zeigen, dass bei jedem Patienten unterschiedliche Begleitmittel notwendig sein können, wird über den Krankheitsverlauf der vier Erfolgsfälle in allen wichtigen Einzelheiten berichtet.

Über die alternative Behandlung von Allergien<sup>1</sup>, die sich grundsätzlich von der üblichen Behandlung unterscheidet, und über den Einsatz von Haptenen<sup>2</sup>, welcher ein therapeutisches Neuland ist, habe ich schon berichtet. Auch in meinem Buch<sup>3</sup> kann ausführlich über diese Fragen nachgelesen werden.

### Eigengesetzlichkeit der Isopathie

Bevor die einzelnen Punkte der Therapie erläutert werden, sei noch einiges Grundsätzliches zur Nosodenanwendung angemerkt:

Durch die Testung mit der Elektroakupunktur nach Voll (= EAV-Test) wurde es möglich, die für die einzelnen Patienten passenden Medikamente sowie deren optimale Potenz und Dosierung zu ermitteln, bevor sie verabreicht werden.

Bei seinen umfangreichen Untersuchungen und Kontrollmessungen konnte Dr. Reinhold Voll feststellen,

dass die isopathische Anwendung von Nosoden und potenzierten Schadstoffen einer Eigengesetzlichkeit unterliegt: Er fand, dass, wenn mit den Tiefpotenzen D3 oder D4 zu beginnen ist, oft die gleichen Potenzen ein- oder auch mehrmals wiederholt werden müssen, bevor die D5 folgt. Wird hingegen bei der Testung gleich eine D5 als passend befunden und verabreicht, so folgen im Mindestabstand von sieben Tagen die gleichen Nosoden in den Potenzen D6, D8, D10, D12, D15, D30, D60, D100 und D200 ohne Wiederholung einer Potenzstufe,

Zeigt die Testung, dass erst mit einer höheren Potenzstufe zu beginnen ist, verringert sich die Anzahl der benötigten Injektionen entsprechend.

Bei den potenzierten Schadstoffen beginnt diese Behandlungsreihe frühestens mit der D6 und sollte bis zur D400 fortgeführt werden; sie darf aber meistens erst mit der D10 oder D12 begonnen werden.

Diese Eigengesetzlichkeit hat sich in den jetzt 30 Jahren meiner Erfahrung mit Nosoden und homöopathisierten Schadstoffen praktisch ausnahmslos und tausendfach bestätigt, obwohl ich nicht mit der EAV teste.

### Isopathie deckt primäre Ursachen auf

Da die Therapie mit Nosoden und homöopathisierten Schadstoffen sich in solchen Fällen, in denen durch die Anamnese Anhaltspunkte für eine entsprechende Belastung gegeben waren, als eine rein isopathische



Behandlung erwiesen hat (d. h. Gleiches wird mit Gleichem geheilt), können umgekehrt aus der erfolgreichen Anwendung von Mitteln, die bei bestimmten Krankheitsbildern regelmäßig durch Testung gefunden werden, auch Rückschlüsse auf die primären Ursachen von bisher ätiologisch noch nicht geklärten Leiden gezogen werden.

Kurz: eine erfolgreiche isopathische Therapie kann eine bisher noch unbekanntes Ätiologie aufdecken.

In den Fällen, über die hier berichtet wird, mussten mit Ausnahme der Nosoden „Crohn“ und „Coli“ bei Fall 2 alle Nosoden mit der Potenz D5 begonnen werden; dies bedeutet, dass eine bis zur D200 durchgeführte Kur in der Regel aus zehn Injektionen besteht. Wegen der zwischen den einzelnen Nosodengaben erforderlichen Mindestabständen von einer Woche ergibt sich daraus jeweils eine Kurdauer von etwa 10 Wochen, wenn keine verzögernden Ereignisse dazwischen kommen. Wenn erforderlich, können Haptene ein bis drei Tage nach den Nosodengaben verabreicht werden, ohne dass sich der Zeitplan der Nosodenkur verzögern muss.

### **Nichtinfektiöse Erregertoxikosen**

Bei der Testung von Patienten mit CED findet man fast immer die Nosode „SPS“ (= Serum Pestis Suis = Europäische Schweinepest). Sie scheint für die Behandlung wichtiger als die unter den Kennziffern B16 und B43 angebotenen Nosoden „Chronische Colitis“ und „Morbus Crohn“, die jedoch regelmäßig benötigt wurden, bevor es Nosode SPS gab, daher sind wahrscheinlich pathogene Faktoren der Schweinepest in diesen Nosoden mit enthalten.

Die Tatsache, dass bei den meisten Betroffenen die Nosode „SPS“ eine zentrale Rolle spielt, weist darauf

hin, dass der Verzehr von Fleisch, welches von infizierten oder geimpften Tieren stammt, eine der wesentlichsten Mitursachen, wenn nicht sogar die Hauptursache der CED sein dürfte.

Bei der serologischen Untersuchung der Schweine auf Schweinepest ist jedoch immer auch die Kreuzreaktion mit Viren anderer Tierarten zu beachten, wie der „Mucosal Disease/Bovinen Virusdiarrhoe“ (MD/BVD) des Rindes. Daher zeigt die Testung einer SPS-Belastung bei Patienten wahrscheinlich auch eine Virusbelastung durch Nahrungsmittel an, die von anderen Tieren stammen.

Bei meinen Testungen habe ich festgestellt, dass SPS-Belastungen bei den Patienten enorm häufig vorkommen und an chronisch-eitrigen Haut- und Schleimhautrekrankungen in allen Regionen (auch an der Netzhaut) beteiligt sein können. Dieses zeigt, dass ähnlich wie beim Botulismus, der nur durch sein Gift aber nicht durch Infektion gefährlich ist, es auch nichtinfektiöse alimentäre Erregertoxikosen mit viralen Antigenen vom Tier geben muss. Offenbar können mit einer SPS-Nosode auch Belastungen durch andere Viren mit verwandten Antigenen ausgeleitet werden.

Nicht immer ist eine SPS-Belastung die erste, welche bei CED behandelt werden muss. Weitere Nosoden und homöopathisierte Schadstoffe können erforderlich sein; sie variieren bezüglich ihrer Art, Anzahl und Reihenfolge enorm. Auch muss die Behandlung jederzeit schon bei geringen Änderungen der äußeren oder persönlichen Umstände moduliert werden können. Dies kann bedeuten, dass, wenn z. B. interkurrent ein Infekt auftritt, die Behandlung partiell oder ganz ausgesetzt wird, bei manchen Reaktionen durch ein Hapten ergänzt wird oder eventuell durch eine einzuschleichen-

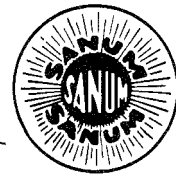
de alternative Allergiebehandlung unterbrochen wird, auch wenn letzteres bei den berichteten vier Fällen nicht vorgekommen ist.

Aus den Erfahrungen in meiner Praxis sehe ich in einer Belastung mit SPS bzw. anderen von Tieren stammenden Viren das führende ätiologische Agens der CED. Je nach genetischer Disposition oder Vorschädigung, die auch pränatal entstanden sein kann, entscheidet sich, ob sich die Erkrankung im Dünndarm (Morbus Crohn), im Dickdarm (Colitis ulcerosa), an der Mundschleimhaut (Stomatitis aphthosa), in den Atemwegen (chronische Bronchitiden und Sinusitiden), an der Aussenhaut (chronische Pyodermien) oder an der Netzhaut (Chorioretinitis bzw. Uveitis) manifestiert.

Bei der Testung ist auch an mögliche Belastungen mit allen Pyrogenen, besonders Pyrogenium suis, welches auch alleine für chronisch-eitrige Entzündungen der Haut und Schleimhäute verantwortlich sein kann, zu denken. Eine Belastung mit Adeps suillus (Schweineschmalz) muss fast immer gesondert, nicht selten wiederholt, ausgeleitet werden. Auch können Belastungen mit allen Erregern, welche sonst den Verdauungstrakt betreffen – wie Salmonellen, Clostridien, manche Streptokokken, Yersinia enterocolitica – ferner Yersinsches Serum, Tuberkuline und Pilze beteiligt sein, so dass die entsprechenden Nosoden bei den Testungen mit in Betracht zu ziehen sind.

### **Auch Umweltschadstoffe ausleiten**

Schadstoffbelastungen müssen nach Möglichkeit bereinigt werden, wobei der Amalgamsanierung eine besondere Bedeutung zukommt, da Quecksilber bekanntlich auch schon allein Schleimhautreosionen verur-



sachen kann. Natürlich muss von Patienten mit CED auch jegliche sonst noch mögliche Quecksilberexposition besonders sorgfältig vermieden werden.

### **Potenzierte Organpräparate**

Potenzierte Organpräparate sind bei diesen Erkrankungen oft ein fester Bestandteil der Begleittherapie.

Es kann vorkommen, dass ein einmal getestetes Organpräparat, z. B. Tunica mucosa Coli D30, während der ganzen Behandlungsdauer gleichbleibend weiter zu geben ist, auch wenn sie Jahre dauern sollte

Besonders oft wird das aus den Peyer'schen Plaques gewonnene Organpräparat REBAS D4 benötigt.

### **Immunsuppression schließt Heilung aus**

Fast immer sind Präparate der Symbioselenkung mit indiziert, Alle immunsuppressiven Substanzen müssen vor einer biologischen Behandlung unbedingt und restlos abgesetzt werden, da eine Heilung nur durch die Zusammenarbeit mit einem gut funktionierenden Immunsystem möglich ist.

Leider werden in der Schulmedizin zunehmend noch härtere Immunsuppressiva, wie Azathioprin, zur Behandlung von CED eingesetzt. Sie können das Immunsystem so nachhaltig schädigen, dass eine Nosodentherapie für immer unmöglich wird und die an sich gut heilbaren CED erst in unheilbare Krankheiten verwandelt werden können

Da die angeblich evidenzbasierte Standardtherapie der CED ausschließlich auf Immunsuppression gegründet ist, geht sie aus meiner Sicht in eine falsche Richtung.

### **Phytotherapie**

Phytotherapeutisch hilft Uzara (=Xysmalobium undulatum) manche

Schwierigkeit zu überbrücken; Tees aus Tausendgüldenkraut, Tormentill-Wurzel, Schafgarbe, Königskerzen-Blüten oder Süßholzwurzel können die Behandlung unterstützen und ergänzen,

### **Diät**

Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Diät.

Schweinefleisch und alles, was solches auch nur in Spuren enthalten könnte, muss unbedingt und restlos vermieden werden. Aber auch in allen anderen Fleischspeisen und Eiern, die nicht hundertprozentig frisch sind, können sich so viel Verwesungsgifte angesammelt haben, dass sie Rückfälle auslösen, denn das Wesen der CED scheint darin zu liegen, dass die betroffenen Patienten anscheinend die Verwesungsgifte nicht spontan überwinden können. Diese Unfähigkeit kann angeboren sein, oder wird vielleicht auch erst durch eine SPS-Belastung geprägt oder selektiv gesteigert. Auch nach erlangter Beschwerdefreiheit kann diese Unfähigkeit als Disposition erhalten bleiben, weshalb den Betroffenen empfohlen werden muss, eine von Verwesungsgiften freie Diät zur Vermeidung von Rückfällen lebenslanglich beizubehalten.

Ferner ist für die betroffenen Patienten die Vermeidung von allen Nahrungsmitteln, denen irgend eine Art von Industriezucker (also z. B. auch reine Glukose oder Fruktose) zugesetzt ist, dringend geboten, da diese isolierten Kohlehydrate durch ihren osmotischen Sog das Gleichgewicht der mineralischen Substanzen im Körper stören, womit die reibungslose Funktion vieler Immunreaktionen in Frage gestellt wird. Dieses geht so weit, dass, falls Arzneien unumgänglich notwendig sein sollten, welche nur in Drageeform verfügbar sind, bei diesen vor der Einnahme der zuckrige Überzug abgespült werden muss.

Auch alle Drogen einschließlich Alkohol, Nicotin, Coffein und Thein müssen unbedingt gemieden werden.

### **Fall 1**

Herr W. P., der erste Patient mit Colitis ulcerosa, den ich mit dieser Therapie behandelt habe, bestätigte sehr bald, dass er immer schon nach dem geringsten Genuss von Nahrungsmitteln, welchen Zucker zugesetzt war, Verschlimmerungen bemerkte; ja schon ein homöopathisches Arzneimittel in Form eines Globulum verschlechterte seinen Zustand spürbar. Der damals 32jährige Patient war am 5. 5.1969 erstmals in meine Praxis gekommen. Die Diagnose Colitis ulcerosa war drei Jahre vorher gestellt worden. Da er das verordnete Präparat Azulfidine zunehmend schlechter vertragen hatte, machte er selbst einen Versuch mit Neydhardtinger Moortrinkkur, welche ihm eine deutliche aber nicht anhaltende Besserung gebracht hatte.

Da ich 1969 meine Fähigkeit zur Medikamententestung noch nicht entwickelt hatte, überwies ich den Patienten an Herrn Dr. Georg Kampik, der als Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Akupunktur auch die EAV-Testung beherrschte, zur Testung der Nosoden. Indessen übernahm ich die diätetische Führung des Patienten und die Symbioselenkung und verabreichte ihm die Injektionen mit den von Dr. Kampik getesteten Nosoden.

Schon bevor die Nosodenbehandlung greifen konnte, erfuhr er mit Diät und Symbioselenkung eine deutlichere Besserung, als dies mit Azulfidine je der Fall gewesen war.

### **Fall 2**

Am 2.8.1982 kam die damals 76-jährige Frau A. K. erstmals in meine Behandlung. Sie litt schon seit Jahr-



zehnten (wie lange, konnte sie nicht mehr sagen) an rezidivierenden Durchfällen. In den letzten drei Jahren waren diese schlimmer und dauerhaft geworden und zunehmend mit Schleim und Blut gemengt. Eine Darmspiegelung hatte keinen Befund ergeben; sie lag aber auch schon wesentlich länger als drei Jahre zurück, war also noch vor Auftreten der Darmblutungen erfolgt und für die Patientin so schmerzhaft gewesen, dass sie eine solche Untersuchung keinesfalls noch einmal über sich ergehen lassen wollte. Diese Untersuchung gewährt aber ohnehin kaum einen Einblick in den Dünndarm, so dass ein Morbus Crohn, wie er durch die Nosodentestung gefunden wurde, damit nicht ausgeschlossen werden kann.

Für die erste Behandlungsstaffel waren bei der Patientin die Nosoden „Clostridium difficile“ und „Yersinia enterocolitica“ zu finden, dazu Sulf-redox. Nach Ende dieser Serie am 21.10.1982 waren nun die Nosoden „Crohn“ ab D4 und „Coli“ ab D4 mit Veratrum viride-Injeel und Carbo vegetabilis-Injeel als Begleitmittel zu testen. Diese Nosoden mussten längere Zeit in dieser tiefen Potenz einer D4 gegeben werden, bevor mit der D5 zu den aufsteigenden Reihen übergegangen werden konnte. Zusätzlich war am 17.2.1983 die Nosode „Tuberculinum avis“ zu testen mit Herniaria glabra als Begleitmittel. Aufgrund dieser tuberkulinischen Nosode musste am 21.4. die Behandlung mit BCG-Hapten (SANU-KEHL Myc D5) ergänzt werden. Die Nosodentherapie mit „Tuberculinum avis“ war am 19.5.1983 beendet. Die Therapie mit der Nosode „Coli“ war schon am 5.5.83 zu Ende, während die Nosode „Crohn“ länger in der D4 gegeben werden musste, so dass die Kur mit dieser Nosode schließlich am 18.7.83 beendet war.

Die Patientin war danach noch bis zum Jahr 1994 (bis sie 88jährig we-

gen allgemeiner Gebrechlichkeit in ein Pflegeheim aufgenommen werden musste) in meiner Betreuung. Über Durchfälle hat sie nie wieder geklagt, im Gegenteil, sie benötigte später manchmal ein Laxans.

### Fall 3

Am 10. März 1991 kam die damals 24jährige F, Sch. erstmalig in meine Praxis.

Schon seit ihrem 14. Lebensjahr hatte sie unter blutigen Durchfällen gelitten, aber im November 1990 war erstmalig eine Darmspiegelung vorgenommen und die Diagnose „Colitis ulcerosa“ gestellt worden.

Unter der üblichen Therapie mit Azulfidine entwickelte sich bei der Patientin eine generalisierte Urticaria, die sich nach der Umstellung auf Mesalazin zu einem geschwürig nässenden, die gesamte Körperoberfläche bedeckenden Ekzem verschlimmert hatte.

Somit war es für sie unmöglich, mit dieser gebräuchlichen Therapie fortzufahren, weshalb sie zu einem Behandlungsversuch mit alternativen Methoden meine Praxis aufsuchte.

Der Test ergab die folgenden Belastungen:

Nosode „SPS“ (F39) mit Vipera aspis D12 als Begleitmittel, Nosode „Actinomyces israelii“ (Tr. 3) mit Cornus circinata D12, Nosode „Actinobacillus Actinomycetem comitans“ (Tr. 159) mit Cuprum sulfuricum D30 und Nosode „Mycosis oris“ (Tr. 62) mit Asafoetida D12 als Begleitmittel. Am 16.4.91, nach der 3. Injektion, hatte das Ekzem aufgehört zu nässen. Am 28.5.91, nach der 6. Injektion waren die Hautveränderungen abgeheilt. Am 10.7.91, 2 Wochen nach der letzten Injektion, hatten die blutigen Durchfälle langsam aufgehört, setzten aber Anfang September '91 erneut ein.

Bei der Testung am 25.9.91 war eine „Formaldehyd sol.-Belastung“

(P21) zu finden, ferner „Adeps suillus“ (Sto 21) mit Oleum chaulmoograe D200 als Begleitmittel. Unter dieser Behandlung kam es Anfang November zu verstärkten Darmblutungen, die nach regelmäßiger Zugabe von Colibiogen und Millefolium-Tee zum Stehen kamen. Als Anfang Januar '92 die Behandlung mit der „Adeps suillus“-Reihe und „Formaldehyd sol“-Reihe (beide in der D400) beendet worden waren, hatte die Patientin keine Darmbeschwerden mehr.

Eine Grippe Anfang Februar '92 war von unblutigen Durchfällen und einer leichten, generalisierten Urticaria begleitet. Nach Ende der Grippe verschwanden diese Beschwerden spontan.

Colibiogen wurde ab diesem Zeitpunkt regelmäßig weiter gegeben und später mit REBAS D4 ergänzt.

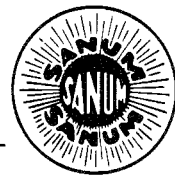
Am 11. August 1992 war das Amalgam aus ihren Zähnen entfernt, so dass nun die Ausleitung mit Silberamalgam (ZW 21), beginnend mit der D12 an der Reihe war, welche am 26. Oktober 1992 mit der Gabe von Silberamalgam D400 abgeschlossen werden konnte.

Im Dezember 1992 kam es zum nächsten Rückfall (oder Schub?).

Bei der Testung am 30.12.92 war die Nosode „Sporotrix Schenkii“ (Tr. 178) mit Sedum acre D30 als Begleitmittel zu finden. Im Lauf dieser Behandlung, die am 16. März '93 beendet war, wurde die Patientin wieder beschwerdefrei. Zur Stabilisierung schienen weiter wöchentliche Injektionen mit Colibiogen sinnvoll.

Am 20. August 1993 berichtete sie über einen erneuten Rückfall mit Übelkeit, Bauchschmerzen und blutigem Stuhl.

Diesmal fand sich bei der Testung eine „Cryptococcus neoformans“-Belastung (Tr. 169), wozu Aeidum tannicum D12 als Begleitmittel



benötigt wurde. Die Behandlung mit dieser Nosode war am 22. Oktober 1993 abgeschlossen und die Patientin wieder beschwerdefrei.

Unter weiterer Behandlung mit Colibiogen, das allmählich seltener gegeben wurde, fühlte sich Frau F. Sch. nun drei Jahre lang fast gesund,

Am 16.1.1997 stellte sie sich wieder vor. Anlässlich einer grassierenden Darmgrippe war es bei ihr erneut zu blutigen Durchfällen gekommen. Die Testung am 18.2.1997 zeigte, dass die Belastung mit „Adeps suillus“ noch nicht ganz überwunden war. Daher wurde diese Ausleitung nun mit der D12 beginnend, aber mit der cyclischen Adenosinmonophosphorsäure (cAMP) in der D12 als Begleitmittel wiederholt.

Eine Verschlimmerungsreaktion nach der ersten Injektion konnte am 26.2. mit dem Hapten aus *Serratia marcescens*, SANUKEHL Serra D5, aufgefangen werden. Nach Beendigung dieser Serie am 6.5.97 war sie wieder beschwerdefrei.

Zu einem erneuten Rückfall kam es im Dezember 1997, den die Patientin als Folge einer von ihrem Gynäkologen verordneten Clotrimazol-Behandlung empfand.

Bei der Testung am 30.12.97 war nun die Nosode „*Yersinia enterocolitica*“ (Testreihe 91) zu finden mit *Maranta arundinacea* D12 als Begleitmittel. Auch diese Behandlung musste am 18.2.98 nach der 6. Injektion - mit dem Hapten aus *Serratia marcescens*, (SANUKEHL Serra D5) - ergänzt werden.

Bei Beendigung dieser Serie am 31.3.98 waren ihre Darmbeschwerden wieder vollständig verschwunden.

Im Juli '98 klagte die Patientin über Kopfschmerzen und Dysmenorrhoe. Bei der Testung am 8.7.98 fand sich

eine „*Fischpyrogenium* (Salzwasser)“-Belastung (Serienpackung A 18) mit *Ignatia D12* als Begleitmittel. Während dieser Behandlung kam es am 29.8.98 zu einem drastischen Rückfall der *Colitis ulcerosa*; Frau F. Sch. hatte so heftige blutige Durchfälle mit Übelkeit und Leibschmerzen, dass sie in wenigen Wochen fast bis zur Kachexie abmagerte. An diesem 29.8.98 hatte sie bei einer Einladung ein Stück Lachs verzehrt, das offenbar nicht mehr frisch gewesen war.

Hierdurch wurden auch gleichzeitig noch drei neue Belastungen erworben. Nach Beendigung der *Fischpyrogenium*-Ausleitung am 17.9.98 war nämlich eine „*Clostridium cadaveris*“-Belastung (Tr. 123) mit *Sarracenia purpurea* D12 als Begleitmittel zu testen und nach dessen Ausleitung am 15.12.98 eine Schadstoffbelastung mit „*Natrium-pyrophosphoricum*“ (R 9). Diese Substanz wird verwendet, um unansehnlich gewordenen Fleisch-, Fisch- und Wurstwaren wieder ein frisches Aussehen zu verleihen.

Als Begleitmittel zu *Natrium-pyrophosphoricum* benötigten wir *Spigelia marylandica* D12.

Kaum war diese Ausleitung am 26.1.99 mit der D400 beendet, verrieten am 2.2.99 reaktive rheumatische Beschwerden, die mit dem Hapten aus der *Salmonelle* „*Bacterium Gärtner*“ (SANUKEHL Salm D6) beseitigt werden konnten, dass noch eine *Salmonellen*belastung beteiligt war. So fanden wir bei der Testung am 9.2.99, dass die Patientin noch der Nosode „*Bacterium Gärtner*“ (B5) mit *Madar* D12 als Begleitmittel bedurfte; zusätzlich kam nun auch noch eine *Pyrethrum*-Belastung (Serienpackung R5) zum Vorschein, die natürlich von der Lachs-Vergiftung unabhängig gewesen ist.

Nach dieser Behandlung war Frau F. Sch. wieder ganz hergestellt und hat auch bald ihr Normalgewicht wieder erreicht.

Diese Phase des Wohlbefindens dauerte zwei Jahre.

Ende April 2001 fragte mich die Patientin, ob sie wohl wieder eine neue Nosode brauche, da sie wieder etwas Durchfall habe. Bei der Testung am 26.4.2001 fand sich dann eine Belastung mit „*Sarcina ventriculi* D6“ (Testreihe 84) mit *Santoninum* D12 als Begleitmittel. Die erste Injektion provozierte eine drastische Verschlimmerung, so dass sich erneut das Vollbild der *Colitis ulcerosa* mit heftigen blutigen Durchfällen entwickelte. Nun musste die Behandlung mit *Uzara*, *Neydhardtinger Moortrinkkur* und *Upas Tieuete C30* ergänzt werden. Nach der 2. Injektion bedurfte sie des *Pseudomonas*-Haptens (SANUKEHL Pseu) und in den folgenden Wochen immer wieder hochdosierte Zwischengaben abwechselnd der Haptene aus *Serratia marcescens* (SANUKEHL Serra), *Klebsiella pneumoniae* (SANUKEHL Klebs), *Pseudomonas* (SANUKEHL Pseu), *Salmonella Gärtner* (SANUKEHL Salm), *Escherichia Coli* (SANUKEHL Coli), *Streptokokken* (SANUKEHL Strep) und *Staphylokokken* (SANUKEHL Staph). Ich nehme an, dass der Einsatz dieser Vielfalt an Haptenen notwendig gewesen ist, weil kein genau zu *Sarcina ventriculi* passendes Hapten verfügbar ist.

Des weiteren wurde die Behandlung mit Elektrolyten, Tee aus *Radix Tormentilla*, *Pro-Symbioflor*, *Rescue-Tropfen* und *Indigo LM30* unterstützt. Trotzdem hatte die Patientin wieder einen drastischen Gewichtsverlust. Nach Ende der Behandlungsserie mit *Sarcina ventriculi* war bei der Testung am 28.6.2001 die Nosode *Campylobacter* (Testreihe 18) mit *Coix lacrima Jobi*<sup>5</sup> D12 als Begleitmittel zu finden, dazu das Organ-



präparat Tunica Mucosa Coli D30. Diese Behandlungsserie musste nur noch dreimal mit den Haptenen aus Serratia und Salmonella ergänzt werden. Durch den starken Blutverlust war bei Frau F. Sch. der Hämoglobinspiegel so erniedrigt, dass Eisen substituiert werden musste. Seit der zweiten Injektion mit dieser Nosode ließen nun die Durchfälle nach, und am Ende erlangte die Patientin auch wieder ihr normales Gewicht, Sie fühlte sich aber noch nicht ganz wohl.

Bei der Testung am 19. 9.2001 fand sich noch die Nosode „Yersinsches Serum“ ab D12 (früher Testreihe 92) mit Taraxacum als Begleitmittel. Nach der zweiten Gabe dieser Nosode fühlte sich Frau F. Sch. wieder so gesund, dass sie am 10.10.2001 an einer Fahrradtour von 60 km teilnahm und diese auch problemlos bewältigte.

Am 20.12.2001, eine Woche nachdem die Therapie mit der Nosode „Yersinsches Serum“ in der D1000 beendet war, berichtete die Patientin, dass sie seit frühester Kindheit, solange sie sich erinnern konnte, immer morgens mit Übelkeit aufgewacht sei und erst nach mehreren Stunden etwas essen konnte. Seit dem Ende dieser letzten Nosodenkur machte sie die für sie völlig neue Erfahrung, dass man mit Appetit frühstücken kann. Damit fühlt sie sich jetzt so gesund wie nie vorher in ihrem ganzen Leben.

Ein weiterer Rückfall ist bis heute nicht aufgetreten, auch ist das in den Intervallen vorher immer benötigte Colibiogen seither nicht mehr testbar. Eine Darmgrippe im Februar 2002 verlief bei ihr nicht anders als bei den Personen ihres Bekanntenkreises, was zu der Annahme berechtigt, dass bei ihr nun die endgültige Heilung erreicht ist. Nur das Organpräparat „Tunica Mucosa Coli D30“ passt ihr immer noch, und

auch das zur Minderung der Krebsgefährdung durch die CED eingesetzte Präparat „Viscum album gewachsen auf Quercus D12“ ist noch immer testbar.

So zeigt die Nosodentestung zugleich, dass die einzelnen so genannten Schübe oder Rückfälle bei dieser Behandlungsart der CED nicht aus heiterem Himmel kommen, sondern dass sie nach Beseitigung der Altlasten (in diesem Falle SPS, Mycosis oris, Actinomyces mit Actinobacillus, Silberamalgam, Formaldehyd und besonders Adeps suillus) fast durchweg durch neue Belastungen und Diätfehler verursacht werden. Nur ein kleines Stückchen Lachs kann gleichzeitig eine Fischvergiftung, eine Salmonellenvergiftung, eine Clostridien-Belastung und eine Irritation durch Natrium-pyrophosphoricum bewirken. Diese Belastungen, die für normale Personen unerschwerlich sind und von keiner Laboruntersuchung erkannt werden können, können für CED-Vorgeschädigte fatale Folgen haben.

#### Fall 4

Herr S. E. war im August 2000 damals 19-jährig an Durchfällen erkrankt, die so hartnäckig und schließlich blutig wurden, dass er vom 11.9. bis 27.11.2000 in Krankenhäusern stationär behandelt werden musste, die mit Schwerpunkt auf CED ausgerichtet sind.

In den Krankenhäusern wurde die Diagnose „Morbus Crohn“ gestellt und so weit als möglich endoskopisch gesichert. Das ihm von dort verordnete Mesalazin hatte nur vorübergehend leichte Besserung gebracht. Die Beschwerden waren trotzdem laufend schlimmer geworden, und er kam am 4.1.2001 zu mir in die Praxis.

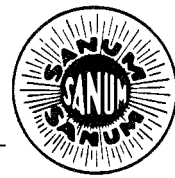
Bei der Testung fand ich die Nosode „SPS“ als passend, mit Momordica

Balsamina D12 als Begleitmittel, dazu das Organpräparat Plexus coeliacus D30 und zur Symbioselenkung Colibiogen.

Da er versprach, sofort das Rauchen vollständig zu unterlassen und die Diät streng einzuhalten, begannen wir sogleich mit der ersten Injektion. Auf diese reagierte er schon in der folgenden Nacht mit einer drastischen Erstverschlimmerung, weshalb er gleich am 5.1.2001 das Hapten aus Serratia marcescens (SANUKEHL Serra D5) benötigte. Damit war diese Verschlimmerungsreaktion sofort beendet.

Unter der zusätzlichen Einnahme von 3 mal tgl. 20 Tropfen Uzara konnte die Injektionskur nun planmäßig durchgeführt werden und war am 8.3.2001 mit SPS D200 beendet. Am 30.3.2001 bezeichnete er sein Befinden als fast gut. Die Behandlung wurde noch mit Colibiogen und Plexus coeliacus D30 fortgeführt. Bei der letzten Konsultation am 20.4.2001 war er völlig beschwerdefrei, womit die Behandlung nun vorläufig beendet werden konnte. Vielleicht müssen aber später noch weitere Nosoden-Belastungen und die gerade bei CED so häufige Belastung durch Adeps suillus (Schweineschmalz) ausgeleitet werden.

Auf meinen Wunsch, nach der Kur die Befunde kontrollieren zu lassen, hatte sich der Patient Ende April 2001 nochmals im Krankenhaus vorgestellt. Es ist bemerkenswert, wie leicht Fachärzte bereit sind, ihre eigene Diagnose in Frage zu stellen, wenn sie keine Befunde mehr erheben können. Sie mögen nicht zugeben, dass in manchen Fällen mit der Homöopathie Heilungen möglich sein könnten, wo die Schulmedizin nur palliative Mittel kennt. So geschah es auch hier: da man eine Heilung des Leidens für unmöglich hält, wurde die im November 2000



dort selbst gestellte Diagnose einfach als Irrtum abgetan.

Die Fälle 3 und 4 zeigen, dass die Nosoden „chronische Colitis“ und „Morbus Crohn“ (Serienpackungen B 16 und B 43) nicht immer benötigt werden, besonders seitdem die Nosode SPS verfügbar ist. Dies begründet meine oben schon erwähnte Annahme, dass eine SPS-Komponente auch in diesen Nosoden mit enthalten sein könnte. Die Bedeutung von „SPS“ war zum Zeitpunkt der Herstellung dieser Nosoden noch unbekannt, erstreckt sich aber auch noch auf viele weitere Bereiche, die ich oben schon erwähnt habe (siehe auch den Kommentar zur Nosode „SPS Serienpackung F39“ in meinem Buch<sup>3</sup>).

### Schlusshypothese

Zum Abschluss darf ich eine Hypothese zur Diskussion stellen, welche mir die Entstehung einer pränatalen Vorschädigung zu erklären scheint: Bekanntlich muss das Ungeborene davon ausgehen, dass von seiner Mutter nichts Böses kommen kann, Macht nun die Mutter in der Phase der Schwangerschaft, in welcher sich beim Embryo das Immunsystem entwickelt, eine vielleicht auch nur subklinische Fleischvergiftung durch, wird auch das Ungeborene mit Verwesungsgiften konfrontiert. Somit wird seinem gerade erst entstehenden Immunsystem eine Duldung dieser Gifte einprogrammiert. Diese Immuntoleranz führt später dazu, dass eben diese Gifte nicht eliminiert werden können, sondern in Zellen der Darmwand kumulieren. Wird das Fassungsvermögen solcher Zellen für diese Gifte überschritten, müssen sie abgestoßen werden, was den Aufbau einer gewissen Autoaggression erfordert, welche durch die Zerstörung der belasteten Zellen zur Bildung von Geschwüren in der Darmwand führt, Diese Autoaggression wird aber of-

fenbar spontan beendet, wenn diese Zellen ausgeschieden sind und keine neuen Belastungen durch Verwesungsgifte mehr hinzukommen.

Zwar wird von Hygienikern immer wieder beteuert, dass der Mensch nicht von der Schweinepest befallen werden kann; jedoch treffen auch beim Verzehr von kontaminiertem Schweinefleisch die darin enthaltenen Gifte auf eine immunologische Lücke, was ebenfalls eine Anhäufung und Überlastung der Darmwandzellen bedingen kann. Damit wird diese Belastung zur häufigsten Ursache von geschwürigen Darm-erkrankungen!

Der Fall eines moslemischen Patienten, welcher an Morbus Crohn erkrankt war, schien mir nicht in dieses ätiologische Erfahrungsbild zu passen. Als ich trotzdem bei ihm eine SPS-Belastung fand, gab er zu, dass er sich, seitdem er in Deutschland lebt, nicht mehr an das moslemische Gebot gehalten hat: kein Schweinefleisch zu essen.

Er war leider auch jetzt nicht bereit, eine Diät einzuhalten und hat daher die vorgeschlagene Behandlung nicht begonnen.

Vielleicht sind gerade Personen, die aus Familien stammen, welche seit Generationen den Verzehr von Schweinefleisch gemieden haben, schon bei der geringsten Exposition besonders stark gefährdet.

Seine Grenzen findet dieses Heilverfahren einerseits darin, dass die hier beschriebene Therapie von CED natürlich nur für solche Patienten in Frage kommt, die bereit sind, die erforderliche Diät strikt einzuhalten. Dies verlangt von den Betroffenen ein Mindestmass an Einsichtsfähigkeit, einen entschlossenen Willen und die Bereitschaft zu eigenverantwortlicher Mitarbeit. Andererseits ist die Therapie dadurch begrenzt, dass einige Nosoden und Schadstoffe

noch nicht oder nicht mehr in allen benötigten Formen verfügbar sind. So ist z. B. die bei Fall 3 am Ende noch sehr wichtig gewesene Nosode „Yersinsches Serum“ leider nicht mehr im Handel, da das Ausgangsmaterial nicht mehr zu beschaffen ist. Auch der Yersinien-Spezialist Professor Dr. Dr. J. Heesemann, den ich im letzten Jahr in einem persönlichen Gespräch dazu befragte, hatte keine Anhaltspunkte mehr darüber, wie Yersin seinerzeit dieses Serum hergestellt haben könnte. Obwohl das Ausgangsmaterial zu dieser Nosode schon ca. 100 Jahre alt gewesen ist, hat sie der Patientin F. Sch. doch noch entscheidend geholfen und damit die Wirksamkeit unter Beweis gestellt. So werden heute aufgrund der Verfalldatenregelung leider viele, bisher heilbare Leiden durch Entzug der wichtigen Heilmittel in unheilbare Krankheiten verwandelt. □

### Literatur

- 1) Cornelius, P.: Grundzüge einer homöopathischen Allergiebehandlung. Regulationsmedizin, Jahrgang 3, Heft 1. 1998
- 2) Cornelius, P.: Therapeutische Erfahrungen mit Haptenen, SANUM-Post, Jahrgang 2001, Heft 54, S. 7-17
- 3) Corneiius, P.: Nosoden und Begleittherapie, 3. Auflage, Pflaum-Verlag München, Bad Kissingen, Berlin. Düsseldorf, Heidelberg, 1999
- 4) In der Broschüre von Dr. Reinhold Voll: „Die Anwendung der potenzierten Organpräparate in der Elektroakupunktur-Diagnostik nach Voll (EAV) und in der Medikamententestung (MT) für die ärztliche und zahnärztliche Praxis“, sind die in Frage kommenden potenzierten Organpräparate der Fa. Waia, welche diese Broschüre herausgibt, aufgelistet.
- 5) Königs-Apotheke München, Te 0891758409 Fax 089/7555264

### Anschrift des Autors

Peter Cornelius  
Arzt  
Wiesenstr. 4  
82269 Geltendorf  
Tel. (0 81 93) 53 03