



Fehlreaktionen und Korrektur des Immunsystems

Am Beispiel der Therapie rheumatischer Erkrankungen

von Dr. med. Konrad Werthmann

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 10/1990, Seite 13 - 17

Die Fehlreaktionen im Immunsystem sind hämatologisch und serologisch gut theoretisch überschaubar, für den Arzt in der Praxis jedoch schwierig zu behandeln, da sich die Abwehrschwäche oder, positiv ausgedrückt, die Abwehrstärke des Patienten nicht in einzelnen Parametern allein darstellen läßt. Dazu benötigt man den klinischen Zustand des Patienten. Die Schwankungen im Abwehrverhalten innerhalb kurzer Zeit lassen sich dokumentarisch, also medizinisch numerisch, nur schwer nachvollziehen.

Selbst ein Immun-Monitoring über Helfer- und Suppressorzellen benötigt in der Beurteilung größere Zeitabstände. Der Körper besitzt jedoch ein fein regulierendes Instrument, das zugleich als Abwehrorgan und als Indikator für das Abwehrsystem Geltung hat. Es ist der Bakterienrasen im Darm. Mit dem Verständnis über seine Bedeutung in der Immunologie verstärken sich die Bemühungen, die intestinale Immunstimulation als therapeutisches Prinzip zu benutzen.

Was bedeutet die Immunstimulation?

Der Begriff der Immunstimulation ist nicht einheitlich definiert und hat viele Synonyme wie Immuntherapie, Immunmodulation, Immunsuppression usw. Unter „Immunstimulation“ versteht *Hänisch (1986)* „unspezifische Substanzen, die selbst keine Immunantwort auslösen, aber eine spezifische Immunreaktion unterstützen“. Dazu gehören pflanzliche Reizkörper, chemisch definierte Reiz-

körper, organ- und mikroorganismenhaltige Präparate sowie Homöopathika. Nach *Wiesmann (1978)* setzt sich der Begriff der Immunstimulation nur aus der aktiven Immunstimulation (Impfung) und der passiven Immunstimulation (Seroprophylaxe) zusammen. Je nach Ansicht des Autors in Richtung ganzheitlicher Medizin fällt die Definition von ein- und demselben Begriff enger oder weiter aus.

Das Prinzip der Iso- oder Nosodentherapie wird von den Autoren nicht vollständig mit eingeschlossen. Zusätzlich soll noch bedacht werden, daß auch immunsuppressive Substanzen, die zur künstlichen und spezifischen Unterdrückung der Immunantwort klinisch angewendet werden, auch immunstimulierend wirken. Der Begriff „Immunstimulation“ ist nach allem eher irreführend, besser wäre wohl der Begriff „Immunmodulation“.

In der Praxis eine tatsächliche Immunstimulation mit Immunmodulatoren klinisch nachzuweisen, ist schwer. Klinisch zuverlässige Daten über Immunstimulanzien und ihre tatsächliche Immunmodulation gibt es nach *Kalden (1987)* noch nicht. Dabei muß in jedem Fall auch mit der Möglichkeit einer unerwünschten, ja krankheitsfördernden Wirkung der Immunstimulanzien gerechnet werden. Vielfach wird lieber der harmlose Name für etwas verwendet, was aber den Patienten mitunter für kurze Zeit schwer beeinträchtigen kann, nämlich „Syndrom der Noxen- ausfuhr“ (Werthmann), welches nach einer neuraltherapeutischen Injektion

an ein Störfeld oder durch eine Toxinausschüttung mittels Chinonen und Nosoden auftritt.

Es handelt sich zwar hierbei um eine Immunmodulation, aber durch das gelöste und durch den Körper strömende Pathogen werden klinische Beschwerden verursacht. Das bedeutet die regressive Vikariation von einer zellulären Phase in die humorale Phase und ist letztlich ein Problem der Ausscheidung.

Für Immunität steht Darmgesehen im Vordergrund

Das Bacterium Coli wird von *Pischinger* im Zusammenwirken mit der Mucosazelle als das lebende und klassische Zell-Milieu-System beschrieben und zugleich auch als Produzent der dreifach konjugierten ungesättigten Fettsäuren, also des Antischockstoffes oder, nach *Pischinger*, des Faktors M (Mesenchym) bezeichnet. Auf mannigfaltige Weise versucht man seither, das System zu nutzen, um die Immunmodulation „in den Griff“ zu bekommen. Es ist das Verdienst von *Rusch (Sen/Jun)*, *Kolb* und *Dobler*, durch ihre Arbeiten auf diesem Gebiet erste Aufmerksamkeit auf den Darm hervorgerufen zu haben. Den Erfahrungen von *Stickel* (München) aus jüngster Zeit entsprechend regen genau spezifizierte Mikroorganismen sowie ihre Produkte über die Zellwand-Antigene die Produktion von Immunglobuline A (IgA) und die Vermehrung der T4-Lymphozyten an.

Dieses Therapiekonzept ist immer auf die Regeneration der physiologischen Bakterienstämme ausgerich-



tet, ohne auf die anderen Teile der Mucosa zu achten. So berichten alle Autoren, daß bei einer über viele Monate andauernden oralen Zufuhr der gewünschten Darmbakterien die klinisch relevanten Erfolge eines gesteigerten Abwehrverhaltens eintreten, wie die Senkung der Rezidivhäufigkeit, die Schwellungsminde- rung der Nasenschleimhaut, weniger oft hohes Fieber, die Zunahme spezieller lymphozytärer Zellen usw. Zu bemerken ist hierzu nur, daß der Faktor Zeit bei diesen Erfolgen oft enorm groß ist.

In dieser Anlehnung immer noch mehr an die symptomatische Therapie bleibt die Mucosazelle völlig unberücksichtigt. Zum Zell-Milieu-System gehört aber auch eine intakte Mucosazelle. Nur dann kann versucht werden, die physiologische Darmflora zu regenerieren. Erst eine gesunde Mucosa und der physiologische Bakterienrasen zusammen initiieren eine Produktion der Abwehrstoffe. Eine gezielte intestinale Immunmodulation erfordert zwei Maßnahmen gleichzeitig.

1. Alle Schäden am Zottenapparat und Mucosa-Überzug sind ursächlich zu behandeln. In weit über 90% der Fälle sind diese Schäden Folgen einer Intoleranz.
2. Die von *Enderlein* beschriebene Bakteriencyclogenie mittels der Heilchondrite (isopathische Medikamente) gelingt schneller erst nach Normalisierung der Mucosa.

Nach eigenen Erfahrungen läßt sich der überaus lange Zeitraum von mehreren Monaten einer mikrobiologischen Therapie mit täglich oralen Einnahmen auf wenige Wochen begrenzen, wenn die Wiederherstellung der Mucosa als Lebensraum der Mikroben von Anfang an, also gleichzeitig, mit der Bakterientrimmung vorgenommen wird. Das gelingt entweder über ein totales Fasten mit großer Flüssigkeitszufuhr und anschließender antigenfreier Basisdiät

oder - weniger drastisch - einfach mit einer Kost ohne die Basis-Allergene Kuhmilch und Hühnerei. Dabei wird gleichzeitig die Pufferfähigkeit des Pankreas verbessert. Des weiteren zeigt sich dabei, daß die anfängliche parenterale Gabe sämtlicher Immunmodulatoren den Faktor Zeit weiter verkürzt, und daß jeder Kompromiß in der Diät eine merklich verlängerte Behandlungsdauer zur Folge hat oder den Erfolg überhaupt in Frage stellt.

Nur auf einem intakten „Bürstensaum“ werden die Enderleinschen Primitivstadien der Mikroorganismen als Regulatoren der Darmflora wirksam, indem sie über ihre quantenmäßig geringe Energie der Mycelphase den Sprung zurück zur Endobiose und zum Bakterienaufbau erlauben. Die Immunmodulation läßt sich nicht nur an Hand einer Veränderung der Senkungsreaktion bzw. der Leukozytenwerte feststellen. Auch sind Elektrophorese und Immunglobulinwerte für sich allein noch keine aussagekräftigen Kriterien. Neben dem Index Helfer-/Suppressorzellen sollten alle Werte im Zusammenhang mit einer in klinischer Prüfung gesicherten patientenbezogenen Wirksamkeit gesehen werden. Es sollten dabei also auch die Angaben über die Rezidivabstände, über nachträgliches Wohlbefinden, über Beweglichkeit sowie Schmerzangaben in der Beurteilung eine Rolle spielen, letzteres gerade bei rheumatischen Erkrankungen.

Im folgenden sei ein Erhebungsschema wiedergegeben, das den Intestinaltrakt und mögliche Vikariationen berücksichtigt:

1. Herkömmliche Anamnese mit Feststellung eines zeitlichen Zusammenhanges von Störfeld und Krankheitsentstehen.
2. Anamnese zu den Fragen Nahrung und Stuhleigenschaft: Darunter fallen alle Daten über das Stillen, Milchunverträglichkeit

(Milchschorf, Pylorusspasmus usw.) und die Stuhlqualitäten.

3. Zusätzlich zu den Standards der Serologie werden bei Hinweisen auf Funktionsstörungen der Leber, des Pankreas und der Nieren auch Serumbilirubin, Transaminasen, Diastase, Amylase und Serumkreatinin untersucht.
4. Serologie: Blutbild rot/weiß, Differentialblutbild, Blutsenkungsreaktion. Rheumawerte: ASR, C-Reaktives Protein, Latex, eventuell antinukleäre Faktoren. RAST: Auf Kuhmilch/Hühnerei, persönliche Antigene, IgA, IgG, IgE (Prist), eventuell HLA (Human leucocyte antibodies) als Histakompatibilitäts-Antigene (Ausschluß bzw. Beweis eines M. Bechterew), Mineralstoffe bzw. Spurenelemente Ca, Mg, Na, Zn, Cu.
5. Eventuell Angaben über Helfer- und Suppressorzellen.
6. Stuhlkultur: Qualitativ/quantitativ, E. Coli, hämolysierende Streptokokken (Cave à-Hämolyse), Lacto-Bifidusgruppe, Sonderformen (B. Pyocaneus, Klebsiella, Mycelformen).

Mit all dem wird die Ausgangssituation der für das Abwehrverhalten relevanten Positionen vor der Behandlung dokumentiert.

Hohe allgemeine Relevanz des Zell-Milieu-Systems

Das intestinale Zell-Milieu-System ist nicht nur bei den chronisch rezidivierenden Darmerkrankungen (Colitissyndrom), sondern auch bei den Krankheiten des rheumatischen Formenkreises von Interesse. Die Zusammenhänge zwischen intestinaler Immunmodulation und Rheumatismus sind bedeutender als man auf den ersten Blick erkennen kann. Die Ähnlichkeit der Krankheiten des entzündlichen juvenilen Rheumatismus und des Colitissyndroms (*Werthmann* 1985/1987) resultiert aus den folgenden Punkten:



- gemeinsamer Beginn im Kindesalter,
- erster Krankheitsgipfel um das 10. Lebensjahr,
- gleicher Verlauf der weiteren Morbiditätskurve,
- gleiche artikuläre Symptomatik (Monarthritis und gleicher Gelenksbefall),
- Serologie: minimale Leukozytose, unauffällige Blutsenkung, Rheumafaktor negativ (selten positiv), Antistreptolysintiter meist negativ, IgA und IgG niedrig, IgE oft hoch,
- Gewebsantigene (HLA) gemeinsam DW3/B8/B27.

Die Gewebsantigene HLA bestätigen die Annahme der Pädiater und Orthopäden, daß auch beim juvenilen Rheumatismus intestinale Faktoren mitbeteiligt sind, die ebenso bei Darmerkrankungen eine Rolle spielen. Aus den Erhebungen der Anamnese läßt sich immer wieder feststellen, daß in Familien mit einer Polyarthritis auch Angehörige mit einem Colitissyndrom zu finden sind und umgekehrt. Weitere Gemeinsamkeiten der beiden Krankheiten sind:

- Die betreffenden Patienten wurden im Säuglingsalter über längere Zeit nicht gestillt (im Durchschnitt 4 bis 6 Wochen).
- Die Patienten erkrankten kurz danach an einer Intoleranz gegen Kuhmilch.
- Die Patienten hatten bei Therapiebeginn noch Darmfunktionsstörungen.

Zur Therapie Aktivierung des enteralen Zell-Milieu-Systems

Die Bedeutung dieser Zusammenhänge liegt allein schon darin, daß man als Arzt in logischer Folge erfolgversprechend eine Immunmodulation vornehmen sollte. Hierbei gelingt die Aktivierung des enteralen Zell-Milieu-Systems über die Sanierung

der Mucosa und des Zottenapparates einerseits und über die Zufuhr geeigneter Bakterienpräparate andererseits. Erforderlich ist dazu:

1. Eine Diät ohne Kuhmilch und Hühnerei, die mit einer Antigenfreiheit wirkt und zugleich die Aufwärtsentwicklung des Endobionten zum Parasiten hemmt.
2. Eine Elektroakupunktur-Testung nach Voll, um die entsprechenden Störfelder ausfindig zu machen.
3. Eine Sanierung der Störfelder durch neuraltherapeutische Infiltration.
4. Eine Mineralsubstitution (Cu/Se), ohne die sich keine schnelle und vollständige Immunmodulation erreichen läßt.
5. Eine parenterale Applikation der Mittel, die notwendig sind, um die anfänglichen Mucosaschäden, pH-Wert-Verschiebungen und Ausscheidungsstörungen zu umgehen.

Die erste Injektion besteht aus 1 ml MUCOKEHL D5, 1 ml UTILIN schwach, 2 ml Ubichinon comp. Außer in Mischung können diese Mittel auch getrennt i.m. gegeben werden, und zwar 1 ml MUCOKEHL D5 mit 0,1 ml Xylo-neural am Akupunkturpunkt Magen 25, der Rest wird gluteal verabreicht.

6. Drei Tage nach dieser Injektion kann mit der oralen Gabe von FORTAKEHL begonnen werden. Je eine Tablette FORTAKEHL D5, 2x täglich eine Stunde nach dem Essen, wird gelutscht.

Die mit den SANUM-Mitteln zugeführten niederen Valenzen, die niederen Entwicklungsstufen der Mikroorganismen also, verändern die höheren pathogenen Formen im Organismus zu inaktiven Primitivstadien, die nicht mehr dieselbe schädliche Aufwärtsent-

wicklung zeigen und teilweise durch die Ausscheidungsorgane eliminiert werden. Zugleich wirken bakterielle Fermente des UTILIN bzw. UTILIN S absorbierend auf die Fermente des Endobionten. Dadurch wird ein für die Pathobionten und für die Mycelphasen ungünstiger pH-Wert angesteuert, so daß FORTAKEHL ganz zur Wirkung kommen kann. Günstig hat sich auch erwiesen, FORTAKEHL D5 mit NOTAKEHL D5 alternierend zu geben, und zwar jeweils 1x 10 Tropfen. Nach ca. zwei Wochen wird die Behandlung mit PEFRAKEHL fortgesetzt.

7. Die zweite Injektion wird drei bis vier Tage nach der ersten (Position 5) verabreicht, wobei statt MUCOKEHL D5 das RECARCIN stark eingesetzt wird. Diese Injektion besteht also aus 1 ml UTILIN schwach, 1 ml RECARCIN stark und 2 ml Ubichinon comp.

Bei Patienten mit weiter Anreise wird nur die erste Injektion verabreicht und UTILIN schwach als Kapsel oder, bei Kleinkindern, als Einreibung verordnet. Die Kontrollbesuche zwei und vier Wochen nach Behandlungsbeginn dienen der Besprechung eventueller Diätprobleme und zur parenteralen Verabreichung von UTILIN schwach /RECARCIN stark-Injektionen.

Eventuell anfangs getestete Störfelder werden bei Kindern erst in der zweiten oder dritten Ordination neuraltherapeutisch versorgt. Die Injektion hierzu besteht in jedem Falle aus 0,1 ml Procainum (0,5% ohne Zusätze), 1 ml MUCOKEHL D5 und 2 ml p-Benzochinon D6. Mit der Zugabe von MUCOKEHL kommt es zur großen Beweglichkeit der corpuskularen Anteile (Lymphozyten, Erythrozyten) in den Blutgefäßen und somit zu einem besseren Abtransport der Toxine.



Praxisfälle aus dem rheumatischen Formenkreis

Im Jahre 1988 wurden 26 Patienten im Alter von 3 bis 19 Jahren nach dem hier vorgestellten Therapiekonzept behandelt, die an Krankheiten des rheumatischen Formenkreises litten, wie im folgenden aufgeführt:

- Primär chronische Polyarthritis (PCP) mit 4 Patienten,
- Juvenile rheumatoide Arthritis, Störfeld nach EAP Appendix und Dysbakterie, mit 14 Patienten,
- Juvenile rheumatoide Arthritis, Störfeld nach EAP Regio Tonsillaris, mit 5 Patienten,
- Arthritis ileosacralis (Spondylitis Ankylopoetica/M. Bechterew) mit 3 Patienten.

Zur Serologie der Fälle: Jede primär chronische Polyarthritis (PCP) beginnt als unscheinbare Monarthritis mit vorwiegend negativen Rheumafaktoren (C-reaktives Protein, Latextest, Antistreptolysintiter). In dem Patientenbestand waren lediglich bei zwei Patienten leicht erhöhte ASR-Werte zu finden. Die Blutsenkung wies am Anfang Werte in der ersten Stunde zwischen 20 und 32 und in der zweiten Stunde zwischen 38 und 74 auf. Die Werte der Immunglobuline IgA und IgG, deren Entstehen vorwiegend in den intestinalen Bereich fällt, waren wie bei Intoleranzen deutlich erniedrigt. Das IgG fiel nur bei 17 Personen erhöht aus.

Alle Patienten wiesen eine echte Dysbakterie auf. Interessant waren die Hinweise der Stuhl-Bakteriogramme, daß neben dem B-Pyocyaneus auch vermehrt \hat{a} -hämolisierende Streptokokken gefunden wurden. Man soll also neben einem tonsifogenen, dentalen, sinusidalen oder anderweitigen Störfeld auch den Darm als mögliche Ursache einer chronischen Eiterung in Betracht ziehen. Bei allen Patienten kamen bereits durch die Stuhl- und Nahrungsmittelanamnese die ersten Hinweise auf den später erhobenen Stuhlbefund.

Typisch war auch das Fehlen von B. Coli bzw. die Verminderung von Lacto- und Bifidobakterien im Darm.

Bereits zwei bis drei Tage nach Beginn der strengen Diät und nach der ersten Injektion waren die Gelenkbeschwerden - eingeengte Beweglichkeit, morgendliche Steifheit und morgendlicher Schmerz - deutlich vermindert und die lokalen Entzündungszeichen - Schwellung, Rötung, Wärme - verschwunden. Zusätzlich ist ein Gefühl von Frische aufgetreten.

Die Verbesserung der subjektiven Parameter ist eine Leistung des Darmes, da sich die tägliche Defäkation - auch bei vorher obstipierten Personen - mit breiigen Stühlen einstellte. Ein leichtes Bauchgrimmen und eine rinnende Nase sind üblich. Die Belastung durch Neurotoxine fällt weg, und psychisch belastete Personen erhalten den Arbeitswillen und die Hoffnung zurück.

Ergebnisse der Kontrolluntersuchungen

Die serologischen Kontrollen und die Stuhlbefunde ca. vier Wochen nach Behandlungsbeginn zeigten durchwegs eine Verbesserung der vorher pathologischen Werte. So verschwanden im Stuhl die Candidakeime, die quantitativen Werte zum Streptokokkus fäcalis und B. Coli stiegen; die Sonderformen wurden nicht mehr gefunden. Die Tendenz der Rückkehr zu den Normwerten wurde auch anhand der Werte von IgA und IgG bestätigt.

Bei einzelnen Personen wurde der ASR-Wert plötzlich positiv, was ohne weiteres als Ausdruck einer verbesserten Reaktionslage oder einer nun nicht mehr blockierten Enzymtätigkeit gewertet werden kann. Es ist jedenfalls ein gutes Zeichen, da der ASR-Wert - aber auch andere Rheumawerte - sonst schon nach kurzer Zeit wieder als negativ erscheinen. Manches Mal bietet das einen ersten Hinweis auf ein verstecktes ton-

sillogenes Störfeld. Die Senkungswerte verbesserten sich auch langsam. In der Differenzierung der leukozytären Elemente mit einer anfänglichen Eosinophilie sinkt der Anteil der Eosinophilen und steigt die Zahl der monozytären Elemente.

Diäteinhaltung ist unerlässlich Teil der Therapie

Alle PCP-Fälle verbesserten ihre anfänglichen Beschwerden, nur die schon bestehenden knöchernen Veränderungen bilden sich nicht zurück. Unter dieser Behandlung werden juvenile Rheumatoide problemlos. Ein gutes Demonstrationsobjekt sind die Fälle von M. Bechterew und PCP, denn diese reagieren sehr fein auf nutritive Fehler. Kehren die Patienten allerdings nach mehrmonatiger Diät zur Normalkost zurück, so verspüren sie nicht sofort die Verschlechterung.

Dagegen werden vorsorglich zumeist NOTAKEHL D5 oder FORTAKEHL D5 in Abwechslung mit PEFRAKEHL D5 von den Patienten weitergenommen. Trotzdem kommen dann nach einer variablen Latenzzeit von einigen Wochen bis zu 19 Monaten Gelenkbeschwerden zurück. Wird wieder eine strenge Diät gehalten, sistieren sie sofort, denn neben dem Kompartiment „Mikrobe“ muß auch wieder der Therapieteil Mucosa mit der Diät beachtet werden.

Jedenfalls läßt sich eine Immunmodulation über das intestinale Zell-Milieu-System nur über den Therapieansatz nach Professor Enderlein führen, bei dem die niedrigen, morphologisch kleinen Entwicklungsstufen von Mikroorganismen in unserem Körper gegenüber den höheren virulenten und damit pathologischen Formen als Regulatoren angewendet werden. Dabei kommt letztlich jedes Bakterienpräparat - als Lysat, Aufschwemmung etc. - ebenso wie jede intestinale Erregernode bei oraler oder parenteraler Zufuhr an Wirkung dem Protit und Chondritstadium im Sinne Enderleins gleich.



Bei der therapeutischen Immunmodulation am intestinalen Zell-Milieu-System darf aber auch nie die Ursache vergessen werden, weswegen die Bakterienflora in die Ausweichphase Mycel sowie in die Schwäche und nachfolgende Unterwanderung durch Para-Coli geführt wird. Ursächlich dafür ist immer eine schwer gestörte Mucosa mit Bürstensaum-Zerstörungen und Ulcerationen und einem oft auf weiten Strecken fehlenden Zottenapparat. Der Aufbau und die Sanierung dieser Bereiche gelingt

nicht über irgendeine Diät, sondern allein durch die konsequente Elimination von Kuhmilch und Hühnerei. Dann erst normalisieren sich die Immunglobuline, bessern sich die klinischen Zeichen der Rheumakrankheit und die damit verbundenen Funktionsstörungen des Darmes.

Schrifttum:

Enderlein, G.: Akmon, Bände 1 - 3, Semmelweis-Verlag, Hoya

Enderlein, G.: Bakterien-Cyclogenie, Semmelweis-Verlag, Hoya

Stickel: Das Immunverhalten des Menschen nach Einnahme von Hefe, in Zeitschrift Naturamed 3/87

Werthmann, K.: Die zentrale Bedeutung der bakteriellen Dysbiose, in SANUM-Post Nr. 3/1988

Werthmann, K.: Enterale Allergien, 2. Auflage 1986, Haug-Verlag, Heidelberg

Werthmann, K.: Kinderallergien, 1. Auflage 1989, Sonntag-Verlag, Regensburg