

Leitlinien zur homöopathischen Krebsbehandlung*

C.R. Klinkenberg

Zusammenfassung

Die Besonderheiten der Krebserkrankung haben dazu geführt, dass viele homöopathische Ärzte im Verlauf ihrer praktischen Tätigkeit ihre Behandlungsmethoden bei Krebs modifiziert haben. Anhand der homöopathischen Literatur des 19. und 20. Jahrhunderts werden die verschiedenen Methoden der Arzneiwahl und Dosologie bei Krebs besprochen. Die unterschiedlichen Behandlungsansätze und ihre gemeinsamen Tendenzen werden herausgearbeitet. Hierzu gehören die relativ häufigen Arzneigaben, die guten Erfahrungen mit Hoch- und Q-Potenzen und die Gabe von Nosoden. Die wesentlichen Verlaufparameter werden aufgezeigt und wichtige Aspekte der Verlaufsbeurteilung und Folgemittelverschreibung ausgeführt. Es wird auf die Verwendung von Zwischenmitteln, adjuvanten Arzneien und Drainagemitteln eingegangen. Schließlich werden Heilungshindernisse, die Bedeutung von Ernährung und psychologischer Betreuung der Patienten verdeutlicht.

Schlüsselwörter

Homöopathische Krebsbehandlung, Arzneiwahl, Dosologie, Verlaufparameter, Folgemittel, Zwischenmittel, Drainagemittel, Ernährung, Heilungshindernisse, psychologische Betreuung.

Einleitung

Heute widmen sich homöopathische Ärzte wieder zunehmend der Behandlung von Krebsleiden. In der homöopathischen Literatur finden sich eine Reihe von Abhandlungen und Fallberichte, die zusammengenommen sehr instruktiv sind.

Abstract

The special features of carcinosis have lead to the fact, that many homeopathic physicians have modified their methods of treatment in the case of cancer during the course of their medical practice. With the homeopathic literature of the 19th and 20th century the different methods of the choice of drugs and dosiology in the case of cancer are discussed. The different approaches for treatment and their common tendencies are worked out. This includes the relatively frequent administration of drugs, the good experience with high-potencies and Q-potencies as well as the administration of nosodes. The essential parameters of the course are shown and important aspects of the assessment of the course and the prescription of consecutive remedies are explained. We consider the use of intermediate remedies, adjuvant drugs and drainage remedies. Finally the healing obstacles, the importance of nutrition and of psychological care of the patient are made clear.

Keywords

Homeopathic treatment of cancer, choice of drugs, dosiology, parameters of the course, consecutive remedies, intermediate remedies, drainage remedies, nutrition, healing obstacles, psychological care.

Auch in jüngerer Zeit erschienen einzelne Arbeiten, deren Aufarbeitung lohnenswert ist. Ziel dieser Arbeit ist es, anhand der vorliegenden Veröffentlichungen einen systematischen, praxisorientierten Überblick über die verschiedenen Methoden der Arzneiwahl und Dosierung sowie andere wesentliche Aspekte der homöopathischen Krebsbehandlung zu geben. Der Verfasser bezieht sich in erster Linie auf die Behandlung bösartiger Neubildungen, wenn-

* 1. Preisträger des Emil-Schlegel-Preises des Landesverbandes Baden-Württemberg des DZVHÄ.

gleich die dargestellten Prinzipien auch auf Tumoren im allgemeinen anwendbar sind.

Die Krebserkrankung weist im Vergleich zu anderen chronischen Krankheiten einige Besonderheiten auf:

- Das unkoordinierte, verselbstständigte Tumorstadium führt über vielfältige Mechanismen zu einer Schwächung der Immunabwehr und des Gesamtorganismus.¹⁾
- Besonders im fortgeschrittenen Stadium kann ein Mangel an charakteristischen Symptomen bzw. eine Einseitigkeit vorliegen.²⁾
- Unbehandelt führt die Krebserkrankung fast immer schnell zum Tode. Die Behandlung steht unter Zeitdruck.

Diese Besonderheiten haben schon im 19. Jahrhundert dazu geführt, dass krebserfahrene Homöopathen ihre Behandlungsweise modifiziert haben. „Ich habe keine ... fertige ‚Heilmethode‘ anzubieten,“ schreibt *John H. Clarke*, „es ist eine Arbeit, die verlangt, alle Möglichkeiten der Beobachtung auszuschöpfen.“³⁾

Zuerst sollen die Kriterien für die Arzneiwahl dargestellt werden. Folgende Methoden, die kombiniert werden können, sind zu unterscheiden:

Die Arzneiwahl nach der Totalität der Symptome, die Arzneiwahl unter Berücksichtigung der sog. Krebsarzneien, die Gabe von Nosoden, die Arzneiwahl unter Berücksichtigung ätiologischer Hinweise und andere Methoden, z.B. die Gabe von isopathischen Krebsnosoden.⁴⁾

Die Arzneiwahl nach der Totalität der Symptome

Die gegenwärtige Symptomatik des Patienten ist maßgeblich. Alle Symptome, die in einem zeitlichen Zusammenhang mit der Entwicklung der Krebserkrankung stehen, insbesondere die zuletzt aufgetretenen Symptome, werden für die Arzneiwahl herangezogen.⁵⁾ Hierzu gehören die begleitenden Beschwerden wie Schweiß, Art des Schlafes, Durst und noch bestehende

präkanzeröse Symptome, z.B. Obstipation, Fissuren oder Warzen.⁶⁾ Die Bedeutung der lokalen Tumorsymptome, vor allem die Empfindungen und Modalitäten der Schmerzen, die Lokalisation und Art des Tumors, wurde in einer früheren Arbeit erläutert.⁷⁾

Eine Arzneiwahl, die sich auf die Totalität der Symptome stützt, ist vom präkanzerösen Stadium bis zum Frühstadium eines Karzinoms besonders erfolgversprechend.⁸⁾

Jedoch ist sie offenbar in den wenigsten fortgeschrittenen Fällen geeignet, eine Heilung zu bewirken. Der in der Krebsbehandlung erfahrene *J. Compton Burnett* hebt es sogar als Seltenheit hervor, wenn eine Tumorheilung „allein aufgrund der Symptome“ gelingt und schreibt: „Ist es nicht an der Zeit, unsere Definition von Homöopathie in Bezug auf die Arzneiwahl zu erweitern, eine Arzneiwahl, die allein auf die Totalität der Symptome ... gegründet ist zu verlassen und stattdessen alle Hilfen zuzulassen, die zur richtigen Arzneiwahl führen können?“⁹⁾ *A.U. Ramakrishnan*, der 1996 die Ergebnisse von über 3000 behandelten Krebsfällen präsentierte [68, 69], konstatiert, dass die alleinige „konstitutionelle“ Behandlung sehr schlechte Ergebnisse zeigt.¹⁰⁾

Die Gründe hierfür werden vorrangig in der Symptomarmut bei austherapierten Patienten und in der Nichtbeachtung des Wirkungsbereichs der Arzneien gesucht.¹¹⁾ Aber das entscheidende Problem liegt möglicherweise in den oben genannten, häufig übersehenen Besonderheiten der Krebserkrankung selbst!

An diesem Punkt stellt sich die Frage: Nach welchen weiteren Kriterien kann die Arzneiwahl bei Krebs getroffen werden?

Die Arzneiwahl unter Berücksichtigung der Krebsarzneien

Mit dem Fortschreiten der Krebserkrankung kommt den sog. Krebsarzneien eine wachsende Bedeutung zu.¹²⁾ Spätestens im fortge-

schriftlichen Stadium sollten diese Arzneien in besonderem Maße berücksichtigt werden.

Emil Schlegel empfiehlt, bei deutlichen Hinweisen auf eine bestimmte Krebsarznei diese zunächst als einzige zu geben. Er schreibt: „Hat man Zeit, d.h. bei noch nicht dringenden Krankheitserscheinungen, so kann man hierdurch die überragendsten Kuren machen.“¹³⁾

Viele Krebsarzneien haben sich bei bestimmten Tumorlokalisationen bewährt. Besonders instruktiv sind die therapeutischen Hinweise von *Arthur H. Grimmer*, *Ramakrishnan* und *Henry N. Guernsey*, auch wenn Hinweise dieser Art nicht zuletzt von den Lebensbedingungen und ätiologischen Faktoren der jeweiligen Patienten abhängig sind.¹⁴⁾

Die meisten Krebsarzneien sind in den Krebs- und Tumorrubriken der Repertorien aufgeführt. Diese Rubriken können, insbesondere bei fortgeschrittenen Krebsfällen, zur Arzneiwahl herangezogen werden. Im Frühstadium sollten sie nicht als Ausschlussrubriken, sondern zur Kontrolle nach bereits erfolgter Arzneiwahl verwendet werden.¹⁵⁾ Wie schon an anderer Stelle diskutiert, wäre es mit Sicherheit ein Fehler, sich ausschließlich auf verifizierte Krebsmittel und -rubriken zu verlassen.¹⁶⁾ Ein Mittel, das die charakteristischen Symptome und Modalitäten des Falles abdeckt, aber nicht in der betreffenden Krebsrubrik vertreten ist, muss in die Arzneiwahl miteinbezogen werden. So berichtet *Ramakrishnan* über die Heilung eines Astrozytoms einer 31-jährigen Patientin durch *Aeth.* Die Symptome waren: Starke Kopfschmerzen mit Erbrechen und Bewusstseinsstrübung, dabei Augen nach unten verdreht; besonders Milchgenuss ruft Erbrechen hervor. *Aeth. C30* wurde in wiederholten Dosen bis zur XM gesteigert. *Ramakrishnan* berichtet, er habe weder vorher noch später *Aeth.* bei einem Tumor gegeben.¹⁷⁾

Zu den Krebsarzneien zählen auch die sog. organ-spezifischen Arzneien, von denen die meisten nicht gründlich geprüft wurden und die

daher vorwiegend nach empirischen Indikationen gegeben werden wie *Cholesterinum* (Leberkrebs), *Ornithogalum umbellatum* (Magenkrebs), *Sedum repens* (Darmkrebs), *Ceanothus americanus* (Milztumoren), *Hecla lava* (Osteosarkom), *Galium aparine*, *Lapis albus* usw.

Die Arzneiwahl unter Berücksichtigung ätiologischer Hinweise

Die relevanten ätiologischen Faktoren und deren Einbezug in die Arzneiwahl wurden in früheren Arbeiten ausführlich dargestellt.¹⁸⁾ Die wichtigsten seien noch einmal genannt: Frühere, schwere Erkrankungen des Patienten; eine Verletzung; ein psychisches Trauma; schwere Erkrankungen in der Familie, v.a. Krebs oder Tuberkulose; belastende Faktoren wie Impfungen oder Intoxikationen. Besonders *Clarke* und *Burnett* stützen sich häufig auf diese Methode der Arzneifindung. Letzterer schreibt: „Mein eigenes Vorgehen bei schwierigen, scheinbar hoffnungslosen Fällen besteht darin, mich fest auf einen bestimmten Punkt zu stützen, der als vernünftiger therapeutischer Ausgangspunkt für die Heilkur dient ... Dieses Vorgehen ..., sich auf irgendein hilfreich erscheinendes Mittel zu stützen, ist zumindest eine Basis für weitere Überlegungen.“¹⁹⁾ Unter dem „Ausgangspunkt“ sind die ätiologischen Faktoren zu verstehen.

Beispiele zur Arzneiwahl

Durch die Kombination unterschiedlicher Methoden kann der Krebs von verschiedenen Seiten angegangen werden. Im folgenden soll ein Eindruck von möglichen Vorgehensweisen vermittelt werden:

Burnett, der zahlreiche Tumorfälle geheilt hat [13, 14], führt nur in wenigen Kasuistiken die wahlanzeigenden Symptome auf. Zur Heilung eines großen Brusttumors bei einer 44-jährigen, die sich 1888 bei ihm vorgestellt hatte,

schreibt er: „Meine Vorstellung von den Arzneiwirkungen ist folgende: Zuerst heilte das Tub. die von der Mutter stammende tuberkulöse Anlage; das Nat-m. antidotierte die lang anhaltende Wirkung von Chinin; die *Fragaria vesca* wirkte auf die weibliche Brust als sanftes Stimulans und rüttelte ihre Lebensgeister ein wenig wach; Sil., Puls. und Hydr. sind ... Arzneien, die als maßgebliche Polychreste bezeichnet werden können.“²⁰⁾

Schlegel, der 40 Jahre später den Begriff der spezifischen Krebsmittel prägte, beschreibt seine Vorgehensweise wie folgt: „Die Mittel der ersten Kategorie, welche ... der gegenwärtigen Lage entsprechen, können in öfteren Gaben etwa zweimal täglich in dritter, sechster oder zwölfter, auch 30. Potenz eine zeitlang verabreicht werden, etwa ein bis ... drei Wochen je nach Wirkung... Dann tritt möglichst eine Beobachtungszeit ohne Arznei ein. Die Arzneien der zweiten Kategorie, welche auf ermittelte ältere Krankheitserscheinungen oder Anlagen zurückgehen, ... werden in 30. oder in höherer Potenz [an einem sonst arzneifreien Tag] gegeben. Sie sollen ... etwa vier bis sieben Tage und länger nachwirken können. Hierher gehören auch ... Tub., Med. und andere.“²¹⁾ „Auch wenn gar keine symptomatischen Anhaltspunkte für ein Mittel zu finden wären, könnte man ... wenigstens Sil. geben, wovon viele Heilungen beobachtet sind.“ Man kann auch von beiden Seiten ... zugleich einzuwirken versuchen, indem man z.B. Ars. nach annähernder Ähnlichkeit und Sil. nach geweblicher Rücksicht nehmen lässt.“²²⁾ „Es ist immer besser zu handeln, als ohne handelnde Teilnahme nur zu beobachten.“ „Fehlen deutliche Symptomhinweise, so sind wenigstens Kachexie erzeugende Mittel zulässig, also ... Ars., Chin. und Hydr., auch Cond. Man gibt dann eines von diesen oder auch zwei, wenn es eilt, und überzeugt sich vielleicht doch von einer Prävalenz bei diesem oder jenem... So kann man für mehrere Wochen den Gebrauch eines solchen ‚renommier-

ten Krebsmittels‘ verordnen ... und man wird Erfolge sehen. Damit ist gewöhnlich eine Verschiebung des Symptombildes verbunden, so dass nachher z.B. Phos. oder Lyc. in Betracht kommen.“²³⁾ Die Krebsarzneien mit ihrer mehr lokalen Wirkung auf den Tumor werden also im Laufe der Behandlung zunehmend von den tieferwirkenden, antipsorischen Arzneien abgelöst, sobald der Patient aus der größten Gefahr herausgeholt ist.

Ramakrishnan zählt zu den heutigen Homöopathen mit großer Erfahrung in der Krebsbehandlung. Er hält es für sehr wirkungsvoll, eine Arznei nicht länger als eine Woche zu geben. Außerdem empfiehlt er die interponierte Gabe von Nosoden. Am häufigsten gibt er Carc. gefolgt von Scir., seltener auch Tub. und Med., wobei er Scir. bei steinharten Tumoren und Carc. bei allen übrigen Tumoren verwendet. Normalerweise wird wöchentlich zwischen einer Krebsarznei und der Nosode gewechselt. Die Arzneien werden nach einem besonderen Verfahren zubereitet und mehrmals täglich eingenommen (siehe Kapitel „Dosologie“). Nach vier bis sechs Wochen kann zur nächsthöheren Potenz übergegangen werden. Die Krebsarznei, von *Ramakrishnan* als „organ-spezifisches“ oder „lokales Mittel“ bezeichnet, wird nach den charakteristischen Symptomen des Tumors ausgewählt. Wenn keine Charakteristika vorhanden sind, auf die eine tumorspezifische Verordnung gegründet werden kann, gibt er Arzneien, die sich nach seiner Erfahrung bei der betreffenden Tumorlokalisation bewährt haben. In hoffnungslosen Fällen verordnet er – sich bei *Hahnemann* entschuldigend – bis zu drei Arzneien gleichzeitig.²⁴⁾ Erst wenn eine Stabilisierung erreicht ist, wird das Krebsmittel allmählich zugunsten eines chronischen Mittels verlassen. Dieses wird ebenfalls wöchentlich mit der Nosode gewechselt. Die Nosode wird schließlich abgesetzt und das Krebsmittel bei Bedarf weitergegeben. Ist das Krebsgeschehen unter Kontrolle gebracht, egal, ob durch

eine homöopathische oder konventionelle Behandlung, behandelt er den Patienten nach der Allgemeinsymptomatik weiter.²⁵⁾

Arzneiwahl bei vorbehandelten Patienten

Bei vorbehandelten Patienten ist folgendes zu beachten: Symptome, die durch die Operation ausgelöscht oder verändert wurden – am häufigsten die lokalen Tumorsymptome mit Modalitäten und Empfindungen – können in die Arzneiwahl miteinbezogen werden [2, 74]. Dies zeigen u.a. die postoperativ behandelten Fälle *Horst Barthels*, der unter Verwendung präoperativer Symptome häufig eine der Krebsarzneien wählt.²⁶⁾ Wie hochwertig diese Symptome zu berücksichtigen sind, muss die Praxis noch zeigen. Bei wenige Wochen oder Monate zuvor operierten Fällen sollten sie höher bewertet werden als Jahre nach der Operation [4]. Sie werden auch dann herangezogen, wenn postoperativ ein Mangel an charakteristischen Symptomen besteht. Dieses Vorgehen ist schlüssig. Durch die plötzliche Entfernung des Endproduktes einer chronischen Krankheit wird die Diathese nicht ausgelöscht.

Auch die Beschwerden, die durch konventionelle Therapien induziert werden, sind bei der Arzneiwahl zu berücksichtigen, da jeder Mensch individuell auf therapeutische Stimuli reagiert.²⁷⁾

Während einer Chemotherapie wird die Arznei gegeben, die auch ohne diese Therapie zur Behandlung des Tumorleidens gewählt worden wäre, es sei denn, aufgrund der gegenwärtigen Symptomatik ist ein anderes Mittel indiziert. Nur bei unbefriedigender Wirkung werden auch die Nebenwirkungen der Chemotherapie zur Arzneiwahl herangezogen [74]. Da sich die Arzneiwirkung während einer Chemotherapie schnell verbraucht, sollte die Arznei mindestens einmal täglich wiederholt oder in Q-Potenzen gegeben werden [59].

Das Vorgehen bei Patienten, die sich einer Operation unterziehen, wurde in einer früheren Arbeit besprochen.²⁸⁾

Häufiger Arzneiwechsel

Es hat sich gezeigt, dass fast immer mehrere Arzneien notwendig sind, um eine Heilung oder Besserung zu erreichen. „Krebs ist eine Kette von Gliedern, ... eine Verkettung von Komplexitäten ..., und jedes Glied ist ein biologischer Prozess. Und nun will man sich daranmachen, dies alles durch ein Mittel zu ändern? Das ist absolut undenkbar“, stellt *Burnett* fest.²⁹⁾ Nur selten werden Krebsfälle durch ein einziges Mittel geheilt.³⁰⁾

Weiterhin fällt in den Kasuistiken, besonders bei *Burnett* und *Clarke* auf, dass häufig eine Arznei gewechselt wird, die gerade eine gute Wirkung gezeigt hatte. *Burnett* behandelte ein 12-jähriges Mädchen mit einem wachsenden, warzenartigen Tumor am Mundboden: „Ich verordnete Thuj. 30 innerlich in seltenen Gaben, und eine Mundspülung mit Thuj.-Ø. ... Weil dies das Gewächs auf die Größe einer Erbse zusammenschrumpfen ließ, wurde die Behandlung unterbrochen. Aber dann biss sie dreimal hintereinander darauf, worauf es wieder zu wachsen begann ... Diesmal verordnete ich Sabin., genau wie ich vorher Thuj. gegeben hatte. Unter Sabin. nahm die Patientin ein gesundes Aussehen an, aber ein Stück des Gewächses blieb noch vorhanden. Da verordnete ich *Cupressus lawsoniana* ...“ Der Tumor verschwindet darunter vollständig. „Nun könnte die Frage gestellt werden: ‚Warum sind Sie nicht bei Thuj. geblieben, statt danach Sabin. und dann *Cupressus lawsoniana* folgen zu lassen?‘ Weil ich aus der praktischen Erfahrung gelernt habe, dass ein Rundumwechsel zu *ähnlich wirkenden Mitteln* sehr viel schneller zu einer Heilung führt, als wenn man mit demselben Mittel dauernd fortfährt.“³¹⁾

Dosierung und Potenzwahl

Die krebserfahrenen Homöopathen haben immer wieder verschiedene Methoden der Dosierung und Potenzwahl erprobt. Obwohl die Frage der Dosologie bei bösartigen Neubildungen noch weiterer Forschung bedarf, lassen sich in den Kasuistiken Tendenzen erkennen, die im folgenden dargestellt werden.

Häufige Arzneigaben

Die Arzneien werden – ähnlich wie bei Akutkrankheiten – relativ häufig gegeben. Dies gilt besonders, wenn verifizierte Krebsarzneien verordnet werden. Bereits *Clemens v. Bönninghausen* schreibt: „Solche Fälle von einseitigen Krankheiten, wobei oft der Körper für die Arzneiwirkungen wenig Empfänglichkeit zeigt und Nebenbeschwerden eben erwünscht sind, waren in der letzten Zeit die Einzigen, wo ich zuweilen etwas stärkere Gaben anwenden musste.“³²⁾ Mit den „stärkeren Gaben“ sind bei *Bönninghausen* häufige Gaben gemeint [10]. *Schlegel* stellt fest, dass „der Krebs ... nur in Ausnahmefällen eine lange Nachwirkung der Mittel zu erfordern oder zu lohnen [scheint], weshalb denn auf dem Wege der orthodoxen Homöopathie mit Hochpotenzen und einzelnen Gaben nicht viel ausgerichtet wird.“³³⁾ *Edmund Carleton* verwendet meist eine C200, die er in Wasser aufgelöst mehrmals täglich einnehmen lässt. Bei einem Uterus-Karzinom z.B. verordnet er Kreos. C200 alle zwei Stunden. Eine bösartige Geschwulst auf der Stirn einer älteren Frau, vermutlich ein Basaliom, behandelt er mit Phos. C200 viermal täglich ein ganzes Jahr lang! Bei Besserung werden die Intervalle sukzessive vergrößert.³⁴⁾ In einigen Fällen beginnt er mit dieser häufigen Arzneigabe und geht bei zunehmender Stabilisierung auf Einzelgaben in Höchstpotenzen über. Auch Arzneien, die er wegen ihrer antipsorischen Wirkung einsetzt, werden in Einzelgaben gegeben.³⁵⁾

Ramakrishnan ist der Überzeugung, dass die Arzneigaben bei Krebs heute nicht häufig genug wiederholt werden. Nach seiner Erfahrung treten bei den allgemein üblichen Arzneiwiederholungen in größeren Abständen oft Rückfälle auf. Er verwendet ein eigens entwickeltes Dosierungsverfahren, das er „plussing-protocol“ nennt. Dabei wird die Arznei in Wasser aufgelöst auf zehn Gaben verteilt täglich eingenommen.³⁶⁾ Die Methode eigne sich besonders für die C30, die C200 und die M, aber auch für die XM. Durch dieses Verfahren meint *Ramakrishnan*, seine Resultate gegenüber den Einzelgaben oder wiederholten Einzelgaben enorm verbessert zu haben. Bei Krebspatienten werde keine Prüfungssymptomatik induziert, wie dies normalerweise zu erwarten wäre. *Ramakrishnan* wendet das „plussing“-Verfahren bei allen Arzneien, auch den Nosoden, und bei allen Krebsfällen an. Im präkanzerösen Stadium oder in der Remissionsphase ist diese häufige und intensive Arzneigabe nicht erforderlich. Hier gibt er eine Einzelgabe des chronischen Mittels in der C30 oder C200 einmal pro Woche oder in zwei Wochen, später einmal im Monat oder alle zwei Monate.³⁷⁾

Anne Clover, eine zeitgenössische Homöopathin, verordnet initial eine C30 oder C200 dreimal täglich. Die Patienten werden angeleitet, bei Besserung die Einnahme auszusetzen, bei Stagnation oder Rückkehr der Beschwerden wieder einzusetzen, so dass die Intervalle der Arzneigaben individuell durch den Patienten gesteuert werden.³⁸⁾

James T. Kent hat vielleicht deshalb der Krebserkrankung eine so aussichtslose Prognose gegeben, weil er in gewohnter Weise Hochpotenzen in seltenen Gaben verordnete.³⁹⁾ Möglicherweise müssen wir heute davon ausgehen, dass viele homöopathische Krebsbehandlungen an der zu seltenen Arzneigabe scheitern.

Wie in allen Bereichen der Medizin gibt es auch zur Gabenhäufigkeit bei Krebs gegen-

teilige Auffassungen. So lehnt *William E. Jackson*, der bei Krebsfällen vorwiegend tiefe Potenzen verwendet, häufige Arzneiwiederholungen ab.⁴⁰⁾

Selten kann bei bösartigen Tumoren durch eine einzige Arzneigabe eine langanhaltende Wirkung erzielt werden.⁴¹⁾ Auch scheinen bei langsam wachsenden Tumoren wie dem Basaliom Einzelgaben vertretbar zu sein, wie Fälle von *Carleton* und *Dario Spinedi* zeigen. Beide verwendeten Hochpotenzen. *Carleton* wiederholte die Arznei alle zwei Monate oder bei einem Stillstand der Besserung; *Spinedi* wiederholte nur dann, wenn ein Stillstand im Rückgang des Basalioms festzustellen war.⁴²⁾

Gute Ergebnisse mit Hochpotenzen⁴³⁾

Die Frage der Potenzwahl wird wie in anderen Bereichen der Homöopathie kontrovers diskutiert. Vereinfacht lassen sich drei Gruppen von Homöopathen unterscheiden, die Übergänge sind fließend:

Eine erste Gruppe verwendet bei Krebs nur niedrige und mittlere Potenzen. Einige dieser Homöopathen meinen, durch hohe Potenzen zu starke Verschlimmerungen auszulösen. *Jackson* zum Beispiel behandelt Krebspatienten gewöhnlich mit Potenzen zwischen der C3 und C6, gelegentlich auch C12 bis C18. Er schreibt, dass hohe Potenzen „zuviel Reaktion verursachen“ [79].

Andere Homöopathen versuchen einen Mittelweg und beginnen meist mit Potenzen um die C30. *Grimmer* z.B., der in über 50-jähriger Praxis mehrere tausend Krebspatienten behandelte, schreibt: „Wenn wir die Potenz zu Beginn zu hoch wählen und speziell, wenn die Fälle im fortgeschrittenen Stadium sind, so verursachen wir ... unnötige Leiden, ja rufen vielleicht eine solche Verschlimmerung hervor, dass wir ihrer nicht mehr Meister werden ...“⁴⁴⁾ *Grimmer* beginnt gewöhnlich mit der C30, geht dann auf die XM und noch höhere Potenzen über. Bei

fortgeschrittenen Fällen verordnet er niedrige und mittlere Potenzen wie D6 bis D30.⁴⁵⁾

Eine dritte Gruppe Homöopathen wie *Carleton* und in heutiger Zeit *Barthel*, *Ramakrishnan* und *Cremonini* geben fast ausschließlich Hoch- und Höchstpotenzen. *Barthel* schreibt: „Die Behandlung meiner dargestellten ... Malignome widerspricht der Hypothese, dass bei bösartigen Prozessen keine Hochpotenzen angewendet werden dürfen.“⁴⁶⁾ Der argentinische Homöopath *César L. Cremonini* verordnet bei Krebsfällen mit ausgeprägter Schwäche und schlechtem Allgemeinzustand wiederholte Gaben von Hochpotenzen. Er gibt zum Beispiel die XM aufgelöst zehn Tropfen alle zwölf Stunden. Bei einem Patienten mit Hirntumor wird diese Dosierung 15 Tage lang fortgeführt. Mit dieser Methode konnte *Cremonini* in den letzten Jahren in allen Fällen bessere Resultate erzielen als mit wiederholten Gaben niedriger C-Potenzen oder mit Q-Potenzen. Bei allen Patienten, die mit dieser Methode behandelt wurden, traten starke Ausscheidungsreaktionen wie Diarrhoen, Erbrechen, Eiterungen oder Schweiß auf, die schließlich von einer generellen Besserung begleitet waren.⁴⁷⁾ Zum Vorgehen von *Carleton* und *Ramakrishnan* siehe das Kapitel „Häufige Arzneigaben“.

Einige Homöopathen wie *Clarke*, *Schlegel* und *Burnett* verwenden sowohl hohe als auch tiefe Potenzen. *Schlegel* gibt meist Potenzen zwischen der 3 und der 30; in vielen Kasuistiken überwiegen wiederholte Gaben einer 30.⁴⁸⁾ Bei *Clarke* und *Schlegel* kann nicht immer nachvollzogen werden, nach welchen Kriterien die Potenzstufe gewählt wurde. Wahrscheinlich wurde mit tieferen Potenzen eine mehr organotrope Wirkung auf die lokalen Vorgänge beabsichtigt, mit höheren Potenzen eine Wirkung auf die innere Ursache der Erkrankung, auf die auslösenden Faktoren oder die allgemeine Intoxikation beabsichtigt.⁴⁹⁾ Insgesamt lässt sich feststellen, dass nach organotropen Gesichtspunkten gewählte Krebsarzneien und organ-

spezifische Arzneien häufig in einer tieferen Potenz gegeben werden. Je klarer und umfassender ein Mittel homöopathisch indiziert ist, desto höher wird i.d.R. die Potenz gewählt.⁵⁰⁾

Die guten Resultate mit Hochpotenzen spiegeln eine statistische Untersuchung wider, die *James Stephenson* 1959 anhand von 95 Fällen aus der Fachliteratur durchführte. *Stephenson* fasst die Ergebnisse der Auswertung wie folgt zusammen:

„Bei den mit höheren Potenzen [ab C30, AdV] behandelten Fällen verloren alle mehr Krebszeichen als bei den mit niederen Verdünnungen behandelten. ...Die mit Hochpotenzen behandelte Gruppe enthält zweimal soviel Fälle mit [schon vorhandenen] Metastasen wie die mit Tiefpotenzen behandelte Gruppe, was uns anzeigt, dass mit der ersteren bessere Resultate trotz der schlimmeren Bedingungen ... erreicht wurden. Ferner sind in der mit Hochpotenzen behandelten Gruppe ein Viertel mehr exklusiv homöopathisch behandelte Kranke.“⁵¹⁾ Dies ist ein wichtiger Hinweis in der Potenzfrage bei Krebs, der durch größere Fallzahlen bestätigt werden müsste.

Die Potenzwahl hängt auch von der Arznei oder ihrer Zubereitung ab. *Cond.* z.B. wirkt in tiefen Potenzen offensichtlich besser als über der C30.⁵²⁾ *Cremonini* hat gute Resultate mit *Carc. XM*, weniger gute mit niedrigeren *Carc.*-Zubereitungen, wogegen *Lach.* in der C200 am besten wirke.⁵³⁾

Die Dosierung und Potenzwahl bei gutartigen Tumoren und im präkanzerösen Stadium unterscheidet sich in der Regel nicht von dem Vorgehen bei anderen chronischen Krankheiten.⁵⁴⁾

Q-Potenzen und sog. Schüttelpotenzen

Bei fortgeschrittenen Fällen gibt *Spinedi* Q-Potenzen meist einmal täglich. Nach seiner Erfahrung führt dies zur schnellen Entwicklung von Symptomen, die auf das Folgemittel hinweisen.⁵⁵⁾ Die indischen Homöopathen *M.L.* und

P. Agrawal behandelten einen Patienten mit Prostata-Karzinom mit *Ign. Q1, Q3* und *Q6* mehrmals täglich. Die Arzneien wurden nur bei Beschwerden wie z.B. Harnträufeln gegeben [1]. *Barthel* verwendet Q-Potenzen, wenn gleichzeitig ein allopathisches Medikament oder ein Mistelpräparat eingenommen wird.⁵⁶⁾ *Gotthard Behnisch* gibt in Fällen, in denen die Arznei zunächst gut wirkt, sich aber schnell wieder verbraucht, eine sog. Schüttelpotenz. Bei Bedarf werden zwei bis fünf Tropfen der hergestellten Lösung eingenommen. Zustände mit einem raschem Auswirken der Arznei finden sich häufig bei fortgeschrittenen und präfinalen Krebsfällen.⁵⁷⁾

Gabe und Dosierung von Nosoden

Nosoden spielen in der Krebsbehandlung eine große Rolle.⁵⁸⁾ Sie werden meist in hohen Potenzen zwischen die Krebsarzneien oder chronischen Arzneien interponiert. *Clarke* z.B. gibt *Carc. 100* alle zehn Tage und die Krebsarznei täglich; oder er verordnet *Thuj. 30* als Pocken-Impfnosode einmal in zehn Tagen oder in ansteigenden Potenzen in der *M, XM, CM*.⁵⁹⁾

Ramakrishnan hat in hunderten von manifesten Krebsfällen *Carc.* gegeben. Er verwendet es meist in der C200 großzügig in allen Stadien der Krankheit und hat bis dato keine unerwünschten Wirkungen beobachtet. *Carc.* ist nach seiner Erfahrung die wirksamste Nosode bei Krebs überhaupt. Bei Patienten mit hohem Krebsrisiko und Patienten in Remission gibt er es dreimal im Abstand von einem Monat.⁶⁰⁾

Verlaufsparemeter für den Behandlungserfolg

Während der Behandlung muss der Patient sorgfältig beobachtet werden, damit auch kleine Veränderungen seines Zustandes erfasst werden können. Je nach Tumorstadium sind engmaschige Kontrollen in Abständen von Tagen bis Wochen erforderlich. Homöopathisch

behandelte Krebspatienten befinden sich häufig parallel in schulmedizinischer Diagnostik und Behandlung. Die Patienten sind darauf hinzuweisen, dass bei allen neuen Beschwerden und Reaktionen zuerst der Homöopath zu Rate gezogen werden muss! Dies kann bei Heilreaktionen wie Fieber – auch während einer Chemotherapie – von Bedeutung sein.

Dass die Verlaufsbeurteilung nicht einfach ist, bemerkt *Schlegel*: „Wir können von einzelnen ... pathologischen Erscheinungen nicht wissen, ob sie der Befestigung oder dem Abbau des Lebens dienen. Selbst ... Vorgänge wie Schmerz oder Fieber haben ihre teleologische, ihre das Leben konservierende Seite ... [Es] kann leicht geschehen, dass ein lebhafter Fluss in die sich abspielenden Ereignisse kommt und ... die erhaltenden Kräfte des Lebens ... sich frischer regen und fühlbarer machen im Ablauf der Erscheinungen. Dann geht es der Heilung zu.“⁶¹⁾

Die **Größe des Tumors** ist ein äußerst wichtiger Parameter in der Krebsbehandlung.⁶²⁾ Für die Verlaufsbeurteilung der Tumorgröße ist eine exakte schulmedizinische Diagnostik maßgeblich. *Ramakrishnan* z.B. lässt bei einer 29-jährigen Patientin mit Stimmbandkarzinom Stadium 1b, die eine Bestrahlung abgelehnt hatte, zur Verlaufskontrolle der homöopathischen Behandlung alle zwei Wochen eine Laryngoskopie und alle vier Wochen ein CT durchführen. Die Diagnostik sollte nebenwirkungsarm und möglichst wenig invasiv sein wie z.B. Ultraschall oder Kernspin-Tomographie.⁶³⁾

Ein Rückgang der Tumorgröße, auch ein Wachstumsstillstand sind gute Zeichen bei einem Tumor, der zuvor progredient war. Dies gilt grundsätzlich für jede Art von Tumoren.

In manchen Fällen bleibt ein beschwerdefreier Resttumor bei gutem Allgemeinzustand über Jahre oder lebenslang stationär. Ob hier von einer Heilung gesprochen werden kann, sei dahingestellt. Immerhin schreibt *Schlegel*: „Ein Stillstand des Tumors oder ein leichter Rück-

gang ist oft von praktisch höchstem Wert, zumal bei älteren Leuten. So erwünscht eine volle Heilung wäre, genügen doch oft Stillstand und leichter Rückgang, um das Leben bei relativem Wohlbefinden zu erhalten.“⁶⁴⁾

Neben der Größenabnahme sind eine zunehmende Verschieblichkeit oder Weichheit, eine abnehmende Schwellung oder Infiltration um den Tumor prognostisch gute Zeichen. Dazu gehört auch die Normalisierung von tumorbedingten Deformierungen, z.B. der Brustwarze bei Brusttumoren. In einem Fall von *Carleton* verlagert sich ein Weichteilsarkom im Heilungsverlauf allmählich nach distal.⁶⁵⁾

Im allgemeinen kann gesagt werden: Solange ein Tumor an Größe abnimmt, hat die Therapie Erfolg; wächst er weiter, dann wurde die falsche Arznei gewählt.

Die **Schmerzen** sind ein empfindlicher Verlaufsparameter. Der Rückgang der Tumorschmerzen ist gewöhnlich von einer Besserung der Gesamtkrankheit begleitet.

Auch eine vorübergehende Zunahme der Schmerzen spricht nicht gegen die gegebene Arznei. So wertet *Clarke* eine verstärkte Druckempfindlichkeit des Tumors als gutes Zeichen. Nach der Zweitkonsultation einer Patientin mit einem Brusttumor schreibt er: „Der Knoten ist empfindlicher, sie fühlt nun den leichtesten Druck der Kleidung. Allgemeine Gesundheit sehr gut. Die gesteigerte Empfindlichkeit des Tumors zeigte mir, dass das Mittel seine Arbeit tat.“⁶⁶⁾

Cooper, der Einzelgaben der Urtinktur verordnete, berichtet in einigen Kasuistiken von einer initialen Schmerzzunahme, die einem zum Teil dramatischen Heilungsverlauf vorangeht. Eine Patientin mit Uterus-Karzinom erhält am 5. Januar 1900 Laur.-Ø. Am 19. Januar berichtet sie, dass sie „in der ersten Woche Tag und Nacht große Schmerzen gehabt hatte, ... aber in der zweiten Woche weniger Schmerzen als in den vergangenen zwei Jahren, und nun fühle sie sich überhaupt nicht mehr krank ...“ *Cooper* hält diesen Fall für ein gutes Beispiel

dafür, wie leicht es sei, die heilende Arznei zu verwerfen: „Anstatt die Schmerzen zu lindern, verursachte Laur. in der ersten Woche sehr viel größere Beschwerden. ... Hätte ich ihr empfohlen, sie nach drei oder vier statt nach 14 Tagen zu sehen, ... [wäre] das richtige Arzneimittel möglicherweise abgesetzt ... worden.“⁶⁷⁾

Auch frühere Schmerzzustände zum Beispiel in Form rheumatischer Schmerzen können unter der Behandlung wiederauftreten.⁶⁸⁾

Die Heilung von Tumoren geht mit einer Verbesserung des **Allgemeinzustandes** einher. Dies wurde schon an anderer Stelle ausgeführt.⁶⁹⁾ *Clarke* berichtet über eine 41-jährige Patientin mit Krebs der rechten Brust, der unter Thuj., Scir., Sil., Carc., Natrium cacodylicum, Phyt. – interponiert mit Scir. – sowie Scrophularia nod. zur äußerlichen Einreibung einer vergrößerten Achsellymphdrüse ausgeheilt wurde. Er schreibt: „Als die Patientin zwei Monate später wieder vorsprach, war der Knoten total verschwunden und die Patientin war von ihrer Diathese geheilt. Es ist eine erstaunliche Besserung ihrer allgemeinen Gesundheit und in ihrem Aussehen festzustellen.“⁷⁰⁾

Vorübergehende Verschlechterungen des Allgemeinzustandes im Sinne einer Erstverschlimmerung sind selbstverständlich auch bei Krebsfällen möglich. In diesem Zusammenhang sei an folgende Aussage *Böninghausens* zur Erstverschlimmerung erinnert: „... Die Zeit des Abwartens [ist] ... je nach der Natur und der Dauer der Krankheit äusserst verschieden... Wo in den akutesten Krankheiten ... diese Zeit sich nach Minuten abmisst, ... da gehen bei chronischen Krankheiten oft ganze Wochen um, ehe die heilbringende Nachwirkung sich zu zeigen beginnt.“⁷¹⁾

Auch darf man sich nicht durch eine Besserung des Allgemeinzustandes bei unverändertem Tumorbefund täuschen lassen. *Ramakrishnan* bedeutet es nichts, wenn ein Krebspatient sagt, es gehe ihm gut. Er hört mit der Behandlung nicht auf.⁷²⁾

Ein weiterer Verlaufparameter ist die **Gewichtszunahme**. „Die Gewichtskurve ... muss als allererstes korrigiert und berücksichtigt werden“, schreibt *Maurice Fortier-Bernoville*. „Der Patient sollte jede Woche gewogen werden. Nach dieser Kurve wird sich die Wiederholung der konstitutionellen Mittel oder der Nosoden richten... Die Gewichtskurve wird uns sehr schnell die von der Behandlung zu erwartenden Ergebnisse und Hoffnungen mitteilen.“ Besonders bei kachektischen Patienten ist das Gewicht eines der Hauptkriterien für den Behandlungsverlauf.⁷³⁾

Nach *Anton Nebel* verbessert sich die Prognose eines Krebspatienten, wenn die **Urinausscheidung** gesteigert und eine bestehende **Obstipation** geheilt wird. Auch *Clarke* hält die Obstipation für einen wichtigen Behandlungsparameter.⁷⁴⁾ Den Verlauf der **Menses** erfragt *Clarke* vor allem bei Brusttumoren.⁷⁵⁾ Der **Blutdruck** sollte kontrolliert werden, da es besonders in fortgeschrittenen Fällen zu einer Schwächung des Herzens mit Hypotonie kommen kann. Ein schwacher **Puls** sollte im Verlauf stärker werden. Die **Augen** werden wieder glänzend und bekommen eine bessere Ausstrahlung. Auch die **Gesichtsfarbe** ändert sich. Eine vorhandene **Anämie** sollte sich klinisch und laborchemisch bessern. Viele Krebspatienten haben eine belegte **Zunge**, die bei gutem Verlauf kontinuierlich sauberer wird.⁷⁶⁾ Nach *Cooper* sind vorübergehende **Unterschenkelödeme** nach Arzneigabe Zeichen einer erhöhten Aktivität der Ausscheidungsorgane.⁷⁷⁾

Verschiedene **Heilreaktionen** können im Behandlungsverlauf auftreten. *Schlegel* nennt hier Fieber, Erbrechen, Durchfälle, Abszedierung, Erysipel, Ausdünstungen, Schweiß, akute und chronische Katarrhe und Ausschläge. Diese Vorgänge können durch Zwischenmittel abgemildert werden. *Schlegel* schreibt: „In vielen Fällen verlaufen ... diese ... Heilreaktionen ganz insensibel und bestehen ...

nur in zunehmendem Wohlsein, in abnehmenden Erscheinungen und Produkten der Krankheit“.⁷⁸⁾

Fieber scheint die Zurückbildung von Krebs v.a. durch Immunstimulation zu begünstigen. Bei Auftreten von Fieber sollten nicht ohne Rücksprache Antipyretika oder Antibiotika eingenommen werden.⁷⁹⁾ Das Auftreten eines **Erysipels** oder von erysipel-, scharlach- oder masernähnlichen Ausschlägen kann eine Heilreaktion sein, wie *Schlegel* und andere Krebsärzte in mehreren Fällen beobachteten.⁸⁰⁾

Tumoren heilen langsam

Heilungsfälle in wenigen Wochen oder Monaten sind eine seltene Ausnahme. Die meisten Krebsheilungen benötigen mehrere Jahre. Auch bei operativ oder chemotherapeutisch vorbehandelten Patienten braucht es Jahre, bis die Krebsdiathese beseitigt ist. Schon *Hahnemann* weist darauf hin, dass die „ständigen Lokalübel“ als letzte geheilt werden.⁸¹⁾

Burnett betont, dass viele Krebsfälle geheilt werden können, wenn die arzneiliche Behandlung „lange und ohne Unterbrechung“ erfolgt: „Es ist völlig sinnlos, ... Tumoren ... heilen zu wollen, es sei denn, Sie verfügen über eine außergewöhnliche Geduld. ... Einige frisch entstandene Tumoren [heilen] innerhalb weniger Wochen oder Monate, während andere ebenso viele Jahre benötigen. Allgemein gesagt dauert die Heilung eines Tumors mit Hilfe von Arzneien ebensolange, wie dieser für sein Wachstum benötigte. Und hierbei darf nicht vergessen werden, dass ein Tumor häufig lange Zeit existierte, bevor er gefunden wird. ... Tumoren sind lebende Wucherungen. Sie ... müssen auf vitale Weise geheilt werden und für diesen Vorgang ist Zeit nötig, oftmals viel Zeit.“ „Was auf vitalem Wege kommt, muss auch auf vitalem Wege gehen, und das bedeutet: Sanft, schmerzlos und vergleichsweise langsam.“⁸²⁾

Die Erfahrung, dass die Behandlung von Tumoren über lange Zeit durchgeführt werden muss, ist überaus wichtig:

1. Ein häufiger Fehler in dringenden Fällen ist das zu schnelle Wechseln der Arzneien aus Übereilung oder Ungeduld.⁸³⁾
2. Solange der Tumor bei sonstigem Wohlbefinden stabil bleibt oder langsam an Größe abnimmt, muss der Fall nicht abgegeben werden. Die Behandlung kann ohne Bedenken weitergeführt werden.

Beurteilung der Arzneigabe und Folgemittel

Im Rahmen dieser Arbeit können und sollen nicht alle Verlaufsmöglichkeiten besprochen werden. Es soll sich auf wenige Beispiele aus der Literatur beschränkt werden:

„Bei **entschiedener Besserung** eines Krebsfalles darf man nicht ablassen, weiter zu behandeln, und es wird darin oft durch Nachlässigkeit seitens der Patienten gefehlt. Von seiten des Arztes dürfen wohl seltener Mittelgaben zur Anwendung kommen und Pausen von vier bis sieben Tagen, wo der Genesende gar nichts nimmt. Jedoch muss die Mittelwahl womöglich noch sorgfältiger sein als anfangs. Dies kann sie auch sein, weil im Verlaufe ... manches Symptom ... in erwünschter Weise an den Tag kommt ...“, schreibt *Schlegel*.⁸⁴⁾

Neue, anhaltende Symptome bedeuten den alten Homöopathen einen Mittelwechsel, selbst wenn der Tumor sich bessert.⁸⁵⁾ Hierzu ein Fall von *Clarke*: Er verordnet einer 35-jährigen Patientin mit rechtsseitigem Brusttumor Scir. 100 alle zehn Tage. Darunter verkleinert sich der Knoten der rechten Brust. Aber es kommt zu einer deutlichen Verstärkung der schon zuvor vorhandenen Einziehung der Brustwarzen; die linke Brust ist empfindlicher und leicht knotig. „Offensichtlich hatte Scir. in diesem Fall zu wirken begonnen. Es hatte eine Verkleinerung des Tumors in der rechten

Brust ... und die Symptome der linken Brust hervorgerufen. Ich sah die bemerkenswerte Einziehung der Brustwarzen als eine Verschlimmerung an.“ *Clarke* gibt Sars. 30 einmal täglich sowie Scir. 100 alle zehn Tage. Darunter verschwindet der Tumor in zwei Monaten.⁸⁶⁾

Es gibt immer wieder Tumorheilungen in erstaunlich kurzer Zeit. Wie lange in solchen Fällen weiterbehandelt werden sollte, kann nicht beantwortet werden. In dem bereits erwähnten Fall eines Stimmbandkarzinoms einer 29-jährigen (siehe Kapitel „Verlaufsparemeter“), das unter Phos. C200 im Wechsel mit Carc. C200 in acht Wochen ausheilt, gibt *Ramakrishnan* die Arzneien in unveränderter Dosierung für weitere acht Wochen und schreibt: „Es war eine zu ernste Angelegenheit, als dass ich die übliche Regel, bei einer Besserung aufzuhören, hätte anwenden können.“⁸⁷⁾

Folgemittelverwandtschaften

In einer früheren Arbeit wurden die wesentlichen Aspekte der Folgemittelverschreibung bei einseitigen Krankheiten erläutert.⁸⁸⁾ *Böninghausen* schreibt über die symptomarmen und daher schwierig zu heilenden chronischen Krankheiten: „Daher habe ich es oft auch sehr vorteilhaft gefunden, ... gleich von vorn herein unter den anzuwendenden Heilmitteln eine solche Ordnung zu treffen, dass – (wenn nicht etwa später auftretende Symptome Abänderungen nöthig machten) – jedesmal nur verwandte Arzneien, und zwar am besten solche, wovon die eine dem Hauptleiden, die andere den Nebenbeschwerden mehr entsprach, auf einander folgten.“⁸⁹⁾

Die Praxis muss zeigen, ob die Arzneiverwandtschaften der chronischen Krankheiten auch für die z.T. rasch progredienten Krebsleiden anwendbar sind. Bei einem Fall von Zungenkarzinom einer 62-jährigen, das unter Puls. im Wechsel mit Visc. mäßige Fortschritte zeigt (Geschwür etwas besser), lässt *Rama-*

krishnan drei Monate nach Behandlungsbeginn Thuj. mit der Begründung folgen, es sei das chronische Mittel zu Puls. Das karzinomatöse Geschwür und die Leukoplakien heilen unter Thuj. im monatlichen Wechsel mit Visc. vollständig ab. Er stellt fest, dass Thuj. auf der Besserung durch Puls. aufbaut.⁹⁰⁾ *Barthel* wendet die Arzneiverwandtschaften bei der Nachbehandlung von Krebsfällen in vielen Kasuistiken mit Erfolg an.⁹¹⁾

Möglicherweise lassen sich bei Krebsleiden andere Arzneiverwandtschaften oder Gesetzmäßigkeiten unter den Arzneien feststellen. Hierzu ein interessanter Fall von *Clarke*, der in kurzer Zeit durch eine Folge von Arzneien geheilt werden konnte. Es handelt sich um eine Frau kurz vor der Menopause mit einem Tumor der linken Brust. Konsultation am 7. Mai 1894: Schmerzen im Inneren der Brust, ein Knoten von der Größe einer grünen Bohne ist unter der Mamille tastbar, linke Axilla geschwollen; war nie sehr kräftig gewesen; vor acht Jahren und erneut drei Jahre später Entfernung von Hämorrhoiden; zwei- oder dreimal geimpft; Obstipation, Stühle hell; Einschlafprobleme. *Clarke* schreibt: „Da ich die Patientin mehrere Wochen nicht sehen würde, gab ich ihr eine Serie von Mitteln mit. Jedes ... sollte sie dreimal täglich eine Woche lang nehmen und zwar in der ... Reihenfolge: 1) Con. 30. 2) Phyt. 30. 3) Lyc. 30. 4) Sil. 30.“ Konsultation am 20. Juni: Fühlt sich „sehr viel besser und kräftiger... Der Darm arbeite besser... Der Knoten konnte immer noch gefühlt werden, aber er war beweglicher. Der Schmerz war verschwunden und die Achseldrüse konnte kaum bemerkt werden. ...Nun wurde eine neue Serie verschrieben ... : 1) Con. 30. 2) Sil. 30. 3) Thuj. 30. 4) Phyt. 30. Konsultation am 19. Juli: [Der] Knoten ... kann kaum gefühlt werden. ...Sie hatte noch nie eine Medizin, die ihr so gut tat... Wiederholung des Rezepts.“ Der Knoten verschwand vollständig, wie *Clarke* 13 Jahre später von der Patientin erfuhr.⁹²⁾

Zwischenmittel bei akuten Krankheiten

Die Zwischengabe von Arzneien kann erforderlich werden, wenn sporadische oder epidemische Akutkrankheiten auftreten. Wenn z.B. im Behandlungsverlauf eine akute Bronchitis auftritt, sollte diese genau repertorisiert und eine möglichst passende Arznei gewählt werden. Häufig ist das Mittel für die Akutkrankheit das für den Gesamtzustand angezeigte Mittel und führt zu einer Besserung des ganzen Falles.⁹³⁾ Somit weist die akute Erkrankung auf die aktuell angezeigte Krebsarznei hin!

Hierzu ein Fall von *Burnett*: Während der Behandlung einer 35-jährigen Frau mit Uterus-Karzinom tritt am 29.9.1882 eine Erkältung und ein „schlimmer Husten“ auf. „Der Husten ist sehr quälend. ... Dulc. D1. 9.11.1882: Immer noch etwas Husten, der, wie sie glaubt, vom Magen kommt. Der Tumor ist kleiner.“⁹⁴⁾ Außerdem wurde immer wieder beobachtet, dass nach Gabe eines wirksamen Zwischenmittels bei Schmerzen die chronische Arznei wieder eine bessere Wirkung zeigte [74].

Deswegen schreibt *Schlegel* über die Zwischenmittel und die Forderung *Hahnemanns* und besonders *Kents*, nach Gabe eines chronischen Mittels solange keine neue Arznei anzuwenden, bis die erste ausgewirkt habe: „Man muss sich fragen, ob jene orthodoxen Vorschriften noch ihre volle Geltung behalten, wenn es möglich und erfolgreich ist, durch ... oberflächlicher wirkende Arzneien das von ihnen begründete Werk glücklich weiter zu führen.“⁹⁵⁾ *Barthel* berücksichtigt die Arzneiverwandtschaften auch bei der Behandlung akuter Zwischenkrankheiten. So verordnet er für die akute Bronchitis eines mit Sulf. behandelten Krebspatienten Puls. und schreibt: „Puls. als Ergänzungsmittel zu Sulf. unterbricht dessen Wirkung nicht, sondern ergänzt sie.“ Eine gute Wirkung des Zwischenmittels wiederum dient ihm als indirekte Bestätigung des laufenden chronischen Mittels.⁹⁶⁾

Zwischenmittel und adjuvante Mittel

Die Exazerbation von Schmerzen kann die Gabe von Zwischenmitteln, unter Umständen auch die Gabe von mehreren Arzneien gleichzeitig erfordern. Auch bei Blutungen, Ulzerationen oder Folgezuständen nach Operation, Bestrahlung, Blutverlust usw. sind gegebenenfalls homöopathische Arzneien erforderlich. In den Kasuistiken von Krebspezialisten wie *Schlegel* finden sich daher immer wieder Arzneien wie Bell., Bry. oder China in den Mittelfolgen.

Im folgenden sollen einige Zustände, die Zwischenmittel oder adjuvante Mittel erforderlich machen, aufgeführt werden. Die Arzneien sind selbstverständlich nach der individuellen Symptomatik zu wählen. Einige der Arzneien, die sich bewährt haben, werden beispielhaft genannt:

Bei Schmerzen: Arn., Aur-m-n., Bell., Cham., Eup-per., Euph., Nit-ac., Rhod., Ox-ac.⁹⁷⁾ Bei maligner Ulzeration: Ars-i., Aster., Hep.⁹⁸⁾ Bei Blutungen, z.B. Blutung bei einem Blasen-Karzinom: Mill.; Blutung eines Krebsgeschwürs: Sang., lokal Ham.⁹⁹⁾ Bei Zuständen nach Flüssigkeitsverlust (langwierige Blutungen, Diarrhoen usw.): Chin. Bei postoperativen Beschwerden: Arn., Bell-p., Hyper. Bei oder nach Bestrahlung oder Radiumtherapie: Cadm-m., Cadm-i., Fl-ac., Phos., Sil.¹⁰⁰⁾; Canth., Rad-br., X-ray.¹⁰¹⁾ Bei ausgeprägter Hypotension infolge Herzschwäche empfiehlt *Nebel* adjuvante Arzneien wie *Adonis vernalis*, *Convallaria majalis*, *Moschus* und besonders *Strychninum*.¹⁰²⁾ Zur Palliation bei Komplikationen in fortgeschrittenen Krebsfällen: Acon., Ars., Ars-br., Kaliumsalze, Lyc., Mag-p., Op., Rad-br.¹⁰³⁾ *Grimmer* schreibt, dass bei fortgeschrittenen Fällen mit Schädigung lebenswichtiger Organe palliative statt kurative Arzneien gegeben werden sollten. Manchmal könne das *Simillimum* in niedriger Potenz als ein Palliativum wirken.¹⁰⁴⁾

Drainagemittel

Tumorstoffwechsel- und -zerfallsprodukte mit toxischen Eigenschaften belasten den Organismus. Die Ausscheidung toxischer Substanzen kann durch ausleitende Mittel, sog. Drainagemittel angeregt werden. *Nebel*, der die Drainagemittel in die Krebsbehandlung einführte, unterscheidet Drainagemittel im allgemeinen und im engeren Sinne. Unter den erstgenannten versteht er jede gut gewählte chronische Arznei. Deren Einnahme führe häufig zu starken Ausscheidungsreaktionen wie vermehrter Auswurf, Diarrhoe, gesteigerte Urinausscheidung, Ekzem, Schweiße oder Schmerzen in verschiedenen Körperteilen.¹⁰⁵⁾ Aber bei geschwächter Vitalität und verminderter Funktion der Ausscheidungsorgane (Niere, Darm, Haut, Leber usw.) wirken die chronischen Arzneien nur noch unvollkommen. Dann sollte, so *Nebel*, auf die Drainagemittel im engeren Sinne zurückgegriffen werden. Er nennt Arzneien wie Apis, Bell., Bry., Chel., Chin., Con., Cond., Crat., Hydr., Lach., Phyt., Puls., Scrophularia nodosa, Sedum acre, Tarax. Unklar bleibt, nach welchen Kriterien diese Arzneien als Drainagemittel im engeren Sinne definiert werden. Hauptsächlich scheint er die Drainagewirkung aus den Organaffinitäten der Arzneien abzuleiten, Con. (Lymphsystem, Drüsen), Cond. (Magendarmtrakt), Hydr. (Schleimhäute, Magen, Mamma) usw.¹⁰⁶⁾ Auch die Folgemittelverwandtschaften und Antidotwirkungen bezieht *Nebel* in die Drainagetheorie ein, wenn die betreffenden Arzneien zu Ausscheidungsreaktionen führen. Zum Beispiel bestehen bei einer durch Sulf. aktivierten Tuberkulose ein trockener Husten und Fieber; Puls., das Auswurf induziert und das Fieber senkt, bezeichnet *Nebel* als Drainagemittel von Sulf.¹⁰⁷⁾ Hier kommt es jedoch zu einer Vermischung der Begriffe Folgemittel, Zwischenmittel und Drainagemittel, die für die Sache wenig hilfreich ist und vom eigentlichen Nutzen

der Drainagemittel ablenkt. Die Arzneiverwandtschaften lassen sich keinesfalls allein mit Drainagewirkungen erklären!

Für Drainagemittel im engeren Sinne nennt *Nebel* folgende Indikationen: Fortgeschrittene Tumorfälle, verminderte Vitalität, Kachexie, Herzschwäche, verminderte Urinausscheidung und hartnäckige Obstipation, trockene, runzlige Haut (behinderte Hautatmung), sehr große Tumoren und Tumoren alter Menschen. Bei großen Tumoren sollten zuerst die toxischen Substanzen ausgeleitet werden, die in Organen wie Leber und Milz gespeichert sind. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass diese Gifte zusammen mit toxischen Tumorsubstanzen unter der Behandlung freigesetzt werden.¹⁰⁸⁾

Auf welche Weise können die Drainagemittel bei den genannten Indikationen in der Krebsbehandlung eingesetzt werden? Wegen ihrer vorwiegend lokalen Wirkung werden sie meist in niedrigen Potenzen oder in Urtinktur gegeben. *Fortier-Bernoville* verordnet Drainagemittel parallel zur laufenden homöopathischen Medikation. Auch im präkanzerösen Stadium versucht er, durch „ausleitende“ Arzneien wie Tarax., Chel. oder Card-m. eine gute Leberfunktion zu erreichen.¹⁰⁹⁾ Drainagemittel können auch als Zwischenmittel nach einer Reihe tiefwirkender Arzneien gegeben werden. So führt *Nebel* den Erfolg *Burnetts* in der Krebsbehandlung auf die Zwischengabe von Drainagemitteln zurück.¹¹⁰⁾ *Nebel* selbst gibt die Drainagemittel zu Beginn einer Behandlung über zwei bis drei Wochen.¹¹¹⁾ Abschließend sei darauf hingewiesen, dass auch andere, z.B. diätetische Maßnahmen und Ernährung die Ausscheidung toxischer Substanzen fördern.

Ernährung und zusätzliche Maßnahmen

Es gilt heute als gesichert, dass die Ernährung bei der Krebsentstehung eine entscheidende Rolle spielt. Bei 60 % der Krebserkrankungen der Frauen und bei 40 % der Männer ist ein

Zusammenhang mit den heute üblichen Ernährungsgewohnheiten feststellbar [24, 25]. Die Ernährung ist auch deshalb so wichtig, weil sie täglich auf den Organismus einwirkt. *Hahnemann* weist im Organon darauf hin, dass die „die Gesundheit störenden und Krankheit erzeugenden und unterhaltenden Dinge“ vom Arzt erkannt und entfernt werden müssen.¹¹²⁾ *Schlegel* schreibt zur Bedeutung der Ernährung bei Krebskranken:

„Das Kraftmaß [zur Gesundung] muss der erkrankte Organismus selbst aufbringen. ... Die Richtung der inneren Kräfte gewinnt er ... durch pharmakodynamische Einflüsse. Er gewinnt sie auch ... durch [die] Ersparnis an dem überhaupt vorhandenen Kräftevorrat. Von diesem wird viel vergeudet durch unzureichende Ernährung, auf welche das Leben einen großen Teil seiner Energien richten muss, um aufzuschließen und zu entgiften.“ „Das homöopathische Prinzip ... stützt sich auf die organische Regulierung, ohne die Diät in so fundamentaler Weise zu beachten. Dies sollte aber in Zukunft ... mehr geschehen, und es wäre dann zu hoffen, dass ein höherer Satz von Heilungen durch die kombinierten Methoden zu erreichen sei.“¹¹³⁾ *Grimmer* führt dies weiter aus, indem er feststellt:

„Abgesehen von der Homöopathie ist die einzige wirkliche Chance und die einzige hilfreiche Maßnahme, die sich als nützlich ... erwiesen hat, die Ernährung. Diätetische Maßnahmen sind genauso wichtig wie die Auswahl der passenden Arznei, denn wenn die Ernährungsregeln nicht genau eingehalten werden, wird Ihr homöopathisches Mittel in der Mehrheit der Fälle keine dauerhafte Heilung bewirken können.“ „Der Diätplan vervollständigt die arzneiliche Seite der Behandlung, da beide mit der Blutzusammensetzung des Patienten zusammenhängen. In allen Fällen ist die Blutchemie der allerwichtigste Faktor, den es zu ändern gilt, bevor pathologischen Prozessen Einhalt geboten werden kann ... Die Ausscheidung von

akkumulierten Krebstoxinen wird durch die geeignete Ernährung ebenfalls begünstigt, was auch in frühen Behandlungsstadien ... von Wichtigkeit ist.“¹¹⁴⁾ *Grimmer* und besonders *Schlegel* geben zahlreiche Hinweise für eine zweckmäßige Ernährung.¹¹⁵⁾

Bei allen Krebspatienten sollte also eine sorgfältige Ernährungsberatung durchgeführt werden. Über das Gesagte hinaus kann eine geeignete Ernährung auch krebshemmend wirken. Ein hoher Anteil krebshemmender und der Verzicht auf krebsfördernde Nahrungsbestandteile können das Fortschreiten der Krebsgeschwulst verlangsamen, in Einzelfällen sogar hemmen. Auf diesem Gebiet wurden in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Erkenntnisse gesammelt, die in der Fachliteratur nachgelesen werden können. Die wichtigsten Empfehlungen seien kurz aufgeführt:

Leicht verdauliche Speisen; reichlich Obst, Gemüse und Salat (mit hohem Gehalt der Vitamine A, E und C, Enzymen, Mineralstoffen und Spurenelementen); leicht bekömmliche Vollkorngetreide und Kohlenhydrate (z.B. Reis, Hirse, Dinkel, Kartoffeln, Nudeln), keine Auszugsmehlprodukte; Eiweiß vorwiegend in Form gesäuerter Milchprodukte, Frischkäse und Hülsenfrüchte; Einschränkung des Fleischverzehr, Verzicht auf Schweinefleisch und -produkte, Verzicht auf rotes Fleisch, Innereien, gegrillte, gepökelte sowie geräucherte Waren; Reduzierung des Fettverzehr und Bevorzugung hochwertiger Pflanzenfette; Verzicht auf raffinierten Weißzucker und Süßigkeiten; Einschränkung des Kochsalzkonsums; ausreichende Flüssigkeitszufuhr; Verzicht auf Alkohol, Kaffee und schwarzen Tee. Es soll auf Ruhe beim Essen und gutes Kauen geachtet werden.

Allgemeine Maßnahmen wie körperliche Bewegung, Frischluftzufuhr, Behandlung einer Obstipation usw. sind wesentlich.¹¹⁶⁾ Begleitende Therapien aus dem Bereich der Naturheilverfahren wie die Gabe von antioxidativen Vitami-

nen, Mineralstoffen, Spurenelementen (Selen, Zink), Mistelpräparaten, Enzymen usw. können im Rahmen dieser Arbeit nicht näher besprochen werden.¹¹⁷⁾ Andere Verfahren wie Entspannungstechniken, Meditation usw. können die homöopathische Behandlung unterstützen [19, 20].¹¹⁸⁾

Heilungshindernisse

Es ist wichtig, den Patienten auf mögliche Störfaktoren und Risiken hinzuweisen. Krebskranke dürfen sich nicht überanstrengen. Es sind schwerkranke Patienten, die mehrere Stunden Ruhe am Tag benötigen. Ein zu langer Spaziergang, übermäßige Haus- oder Gartenarbeit können sie schon aus dem Gleichgewicht bringen. Es finden sich Fälle in der Literatur, bei denen nach erfolgversprechendem Verlauf eine einzige Überanstrengung alle weiteren Bemühungen zunichte machte und der Patient bald verstarb. *Clarke* schreibt: „Man kann in kritischen Fällen dieser Art nicht bestimmt genug in seinen Anweisungen sein. Die Erholung hängt ... an einem dünnen Faden und die kleinste Überanstrengung kann schon alles entscheiden.“¹¹⁹⁾

Emotionale Belastungen und Traumata spielen bei Krebs eine bedeutende Rolle. Dies können Kummer, Depression, eine unglückliche Ehe, ein schlechtes Gewissen oder Ärgernisse sein.¹²⁰⁾ Der Arzt muss dazu beitragen, derartige Probleme zu lösen. *Hahnemann* sagt: „... Der gute Arzt ... wird ... alles anwenden, was im Bereiche seines Einflusses auf den Kranken und seine Angehörigen ... liegt, um Gram und Ärger von seinem Kranken zu entfernen. Dieß ... muß der Haupt-Gegenstand seiner Sorgfalt ... seyn.“¹²¹⁾

Weiterhin sind die Heilungshindernisse zu beachten, die in *Hahnemanns* „Chronischen Krankheiten“ nachzulesen sind.¹²²⁾ Auch die in einer früheren Arbeit erwähnten krebsbegünstigenden Faktoren oder Blockaden wie Imp-

fungen, frühere Krankheiten oder Verletzungen, frühere Bestrahlungen, geopathogene Strahlung, Ernährungsfehler können die Wirkung homöopathischer Arzneien beeinträchtigen und Heilungshindernisse sein.

Psychologische Betreuung

Der Patient muss neben der arzneilichen Behandlung psychologisch betreut werden. Er ist mit dem Tod konfrontiert. Er weiß nicht, ob er jemals wieder ohne Angst und Verunsicherung leben kann. Er weiß nicht, ob er seinen sozialen Rollen weiter gerecht werden kann. Fragen wie „Kann ich noch meine Familie, meinen Partner versorgen?“ tauchen auf. Der Patient braucht Wertschätzung, Akzeptanz und Liebe, um sich selbst annehmen zu können. Er sollte den Raum haben, über seine Ängste und über sein Leben zu sprechen. Viele Patienten unterstellen zwar, dass der Arzt nicht dazu da ist, außer der medizinischen Behandlung sich mit ihren Gefühlsäußerungen zu beschäftigen. Darin irren sie jedoch. Jede Krankheit hat zwei Seiten, die körperliche und die seelische. Beide bedürfen der Verantwortung und Sorge des behandelnden Arztes.

Im Gespräch selbst sollten Wendungen wie „Sie müssen Vertrauen haben, positiv denken, sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen“ usw. vermieden werden, da dies für den Patienten neue Forderungen von außen sind. Letztlich wissen auch wir Ärzte nicht, was für die Patienten das beste ist, versöhnen sie sich mit ihrem Schicksal oder sind sie bereit, um ihr Leben zu kämpfen. Der Kranke findet dies am besten für sich selbst heraus. Hier geht es manchmal mehr um Zuhören als um das eigene Reden. Es darf auch mal gesagt werden: „Das weiß ich auch nicht.“ Und es darf auch mal geschwiegen werden.

Es ist wichtig, dem Patienten Zuversicht zu vermitteln, ohne den Ernst der Lage zu bagatellisieren. Dazu ist notwendig, dass der Arzt selbst

eine innere Haltung einnimmt, die Heilung möglich macht. Wenn er von vornherein nur an Palliation glaubt, dann entsteht keine Atmosphäre, die den Patienten und den Arzt in ihren Bemühungen unterstützt. Im übrigen sagt die Diagnose Krebs noch lange nichts über den individuellen Verlauf der Erkrankung. *Schlegel* schreibt: „Jeder Arzt sollte sich verpflichtet fühlen, die Krankheitserscheinungen eines Menschen zuerst unter dem individuellen Gesichtspunkt, worin sie für den Kranken lebenswichtig sind, anzusehen. Damit rückt das, was eine Krankheit mit anderen Fällen Gemeinsames hat, in die zweite Linie.“¹¹²³⁾

Der Krebspatient muss seine innere Gestimmtheit, seinen inneren Frieden wiedererlangen. Der Arzt kann auf die Kraft des Gebets hinweisen. Letztlich kann dieser Friede nicht allein durch Arzneien und Gespräche erreicht werden. Auch die bewusste Bemühung des Patienten ist hierfür nötig und es liegt in der Verantwortung des Arztes, den Patienten hierin zu unterstützen.

Zum Abschluss

Die Heilung von Krebsfällen durch homöopathische Arzneien ist nichts Neues. In der Literatur finden sich zahlreiche Fälle von Tumoren, die trotz eindeutiger Zeichen von Bösartigkeit geheilt wurden. Die Homöopathie ist somit eine reale therapeutische Option.

Diese Arbeit möchte Homöopathen dazu ermutigen, Krebsfälle eigenständig zu behandeln, auch vor, parallel zu oder nach einer schulmedizinischen Behandlung. Sie möchte dazu anregen, homöopathische Behandlungskonzepte, die sich bei vielen chronischen Krankheiten bewährt haben, zu überdenken und andere Methoden zu erproben.

Jeder behandelte Krebsfall sollte gut dokumentiert, Erfahrungen ausgetauscht werden – wir brauchen mehr Teamarbeit. Auch Misserfolge sind eine Gelegenheit zum Lernen. Wenn

sich alle Mühe als vergeblich erweist, sollten wir das Geschehene genau abwägen, um potentielle Fehler beim nächsten Patienten zu vermeiden.

Es war die Absicht dieser Arbeit, für die behandelten Themen den derzeitigen Wissensstand aufzuzeigen. Uns Homöopathen kommt die Aufgabe zu, dieses Wissen im Dienste des krebserkrankten Patienten anzuwenden und weiter zu entwickeln.

Anmerkungen

Alle Hervorhebungen in Fettschrift stammen vom Verfasser. Die Arzneien werden, auch in den verwendeten Zitaten, in der internationalen Abkürzung geschrieben. Einige seltene Arzneien werden ausgeschrieben.

- 1) 1. Kachexie: Der Tumorzellstoffwechsel entzieht dem Körper lebenswichtige Substanzen. Stoffwechselprodukte des Tumors (z.B. sog. Toxohormone) inaktivieren körpereigene Enzyme. Eiweiß- und Fettverlust, Anämie, die Beeinträchtigung lebenswichtiger Organe und andere Schäden tragen ebenfalls zur Entstehung der Kachexie bei.
2. Toxische Belastung: Stoffwechselprodukte mit toxischen Eigenschaften, die Streuung von Tumorzellen in Blut- und Lymphgefäße sowie Zerfallsprodukte durch Zerstörung von Krebszellen führen zu einer toxischen Belastung des Organismus.
3. Schwächung des Immunsystems: Bei Krebskranken werden verschiedenartige Immundefekte gefunden; v.a. die zellgebundenen Reaktionen sind beeinträchtigt. Im Zuge der Progression kommt es zum Überleben von Zellklonen mit verringertem Antigenbestand. Außerdem können Tumoren z.B. durch vermehrte Produktion von Prostaglandin E₂ die Einwirkung zytotoxischer Lymphozyten verhindern [33, 41, 55, 65, 73, 81].
2) Zum Begriff der Einseitigkeit siehe *Hahnemann*, ORG. §§ 172 ff.; *Klinkenberg*, 1998-a, 17.
3) *Clarke*, 1991, 27.
4) Zu den anderen Methoden zählen u.a. die Arbovital-Methode nach *Robert T. Cooper* und die „*Grimmer*“-Box. Diese Methoden spielen heute offenbar keine Rolle mehr, zumindest liegen dem Verfasser keine neueren Publikationen vor.
5) Zur Bedeutung der gegenwärtigen Symptomatik siehe *Klinkenberg*, 1998-a, 19,25 (Anm. 26,27). Zum Begriff der Totalität der Symptome siehe *Klinkenberg*, 1998-a, 27 (Anm. 37).
Wie lange braucht ein Krebs, um sich zu entwickeln? Präkanzeröse Symptome können schon Jahre bestehen und müssen gegebenenfalls berücksichtigt werden. Sie gewinnen zusätzlich an Bedeutung, wenn der Primärtumor operativ entfernt wurde. Dies zeigt ein

- Fall von *Clover*: Nach Entfernung eines Brusttumors einer 52-jährigen rückt die Behandlung der Migräne in den Vordergrund, unter der die Patientin schon zwei Jahre vor Auftreten des Tumors litt (*Clo.*, 1993. 178).
- ⁶⁾ Zu den begleitenden Beschwerden siehe *Klinkenberg*, 1998-c. 6. Zu den präkanzerösen Symptomen siehe *Stochebrandt*, 1976. 96,108 und *Burnett*, 1991-b. 19.
- ⁷⁾ *Klinkenberg*, 1998-a. 17–19. Durch die hohe Gewichtung der lokalen Tumorsymptome wird häufig den sog. Krebsarzneien der Vorzug gegeben. Zwei interessante Fälle, bei denen allein aufgrund der lokalen Merkmale die passende Arznei gefunden wurde, finden sich bei *Burnett* (*Bu.*, 1991-a. 45) und *Kent* (*Ke.*, 1987. 341).
- ⁸⁾ So schreibt *Grimmer*: „In den frühen Stadien von Krebs, besonders der Haut, wenn noch viele therapeutische Leitsymptome vorhanden sind, kann jedes unserer tiefwirkenden konstitutionellen Mittel zur Heilung ausreichen“ (*Gr.*, 1996-a. 802). Mit dem Begriff „Frühstadium“ dürften die klinischen Stadien T1S (Carcinoma in situ) oder T1 (Tumor lokalisiert, gut beweglich), N0 (keine Lymphknotenvergrößerungen) und M0 (keine Fernmetastasen) gemeint sein. Dass Krebs der Gesichtshaut und der Zunge besonders gut auf homöopathische Behandlung anspricht, stellt auch *Stephenson* fest, der eine statistische Untersuchung zur homöopathischen Krebsbehandlung durchführte (*Ste.*, 1959. 276; siehe auch Anm. 51 dieser Arbeit).
- ⁹⁾ *Burnett*, 1991-a. 15, 95; vgl. 22–25.
- ¹⁰⁾ *Ramakrishnan*, 1996-a. 14. Mit der „konstitutionellen“ Behandlung ist die Behandlung des chronischen Zustandes nach der Totalität der Symptome gemeint. Die Totalität der Symptome wiederum kann unterschiedliche Definitionen haben (siehe *Klinkenberg*, 1998-a. 27 [Anm. 37]).
Wie wenig sich *Ramakrishnan* von der „konstitutionellen“ Arznei in der Initialphase der Krebsbehandlung verspricht, kommt darin zum Ausdruck, dass er sie als „unterstützende Arznei“ neben dem organ-spezifischen Mittel bezeichnet und nicht umgekehrt (*Ra.*, 1997-b. 131).
- ¹¹⁾ Zum Wirkungsbereich der Arzneien siehe die Ausführungen zum „Haltepunkt der Wirkung“, *Klinkenberg*, 1999. 16 und 1998-a. 22–23.
- ¹²⁾ Die Bedeutung der sog. Krebsarzneien wurde in früheren Arbeiten des Verfassers eingehend behandelt [50,53]. Die Krebsarzneien zeigten in Arzneimittelprüfungen und Vergiftungsfällen destruktive Tendenzen, die durch die klinische Anwendung bei Krebsfällen verifiziert werden konnten.
- ¹³⁾ *Schlegel*, 1927. 251. Derartige Hinweise erfolgreicher Krebsärzte werden häufig von nachfolgenden Homöopathen übernommen. *Ramakrishnan* z.B. behandelte 1994 einen Patienten mit Larynx-Karzinom, der sich mit typischen Zeichen von Lach. vorstellte: Geschwätzigkeit, Verschlimmerung durch Schlaf und durch enge Kleidung. Im Gegensatz zu seinem Vorgehen in anderen Fällen beginnt *Ramakrishnan* die Behandlung mit Lach. als einzige Arznei. Im weiteren Verlauf werden Lach. und Carc. im Wechsel gegeben. Die Heilung erfolgt innerhalb von drei Monaten (*Ra.*, 1997-b. 131).
- ¹⁴⁾ *Ramakrishnan*, 1997-a. 17–21. *Grimmer*, 1996-a. 812–819 („Some Cancer Remedies and their Indications“; auch in dt. Übersetzung erhältlich: *Grimmer*, 1996-b. 162–172). *Guernsey*, 1995. 137–148, 183–191; hier findet sich eine ausgezeichnete Differenzierung der Arzneien bei Uterus- und Brustkrebs.
Ob zum Beispiel die Cadmiumsalze, die *Grimmer* besonders im Spätstadium als wirksamstes Antidot gegen Aluminiumintoxikation empfiehlt, auch unter heutigen Lebensbedingungen eine so große Rolle spielen, muss die Praxis zeigen (*Gr.*, 1996-a. 13–16,754,802).
- ¹⁵⁾ Von manchen Autoren werden bestimmte Rubriken besonders hervorgehoben, z.B. die Rubrik „Krebsartige Leiden, Drüsen: *Aur.*, **Carb-an.**, **Con.**“ (*Kent*, KK Bd.1. 424) bei metastasierenden Karzinomen [3,66]. *Barthel* zeigt, dass das Zurückgreifen auf eine Krebsrubrik auch Jahre nach Behandlungsbeginn wieder zu einer passenden Arzneiwahl führen kann (*Ba.*, 1996. 62).
- ¹⁶⁾ Siehe *Klinkenberg*, 1999. 19; v. *Bönnighausen*, AHP. 406–408.
- ¹⁷⁾ *Ramakrishnan*, 1997-b. 128,129. Zu dem Symptom „Augen nach unten verdreht“ siehe die Rubrik „Augen, Aussehen, weggedreht, nach unten“: *Aeth.*, *Canth.*, *Cham.* (*Kent*, KK Bd.3. 4). Nachbeobachtungszeit des Falles: 17 Jahre.
- ¹⁸⁾ *Klinkenberg*, 1999. 21–23 und 1998-c. 189–192. Unter ätiologischen Faktoren sind Faktoren zu verstehen, die Auslöser oder Anstoß für die Krebsentstehung sein können. Zu den psychischen Traumata siehe *Hahnemann*, ORG. § 93 Fußnote.
- ¹⁹⁾ *Burnett*, 1991-a. 61 (Übers. v. Verf. und v. A. Gärtner).
- ²⁰⁾ *Burnett*, 1991-a.140,141 (Übers. v. Verf.).
- ²¹⁾ *Schlegel*, 1927. 176; vgl. 251. Die Mittel der „ersten Kategorie“ sind die spezifischen Krebsarzneien. Zu den Arzneien der „zweiten Kategorie“ zählt *Schlegel* v.a. die „Konstitutionsmittel“ und die Nosoden (*Schl.*, 1927. 176,177). Siehe auch die Ausführungen in *Klinkenberg*, 1999. 17,18.
Schlegel macht seine Potenzangaben mit den Bezeichnungen 3, 6, 30, 200 usw., d.h. er gibt den Potenzgrad, nicht aber die Potenzart an. Aus seinen Werken geht hervor, dass er mit der britischen und amerikanischen Literatur sehr vertraut war. Nach dem damaligen Gebrauch im angelsächsischen Sprachraum – hier wurden nur die „Nicht-C-Potenzen“ mit der Potenzart bezeichnet – handelt es sich wahrscheinlich um Centesimal-Potenzen, die im Mehrglas- oder Einglasverfahren hergestellt wurden [54,70]. Dies sollte allerdings durch eingehendes Studium aller Werke *Schlegels*, ggf. auch der Arbeiten zeitgleicher Homöopathen gesichert werden.
- ²²⁾ *Schlegel*, 1927. 252. Hierzu äußert sich *Schlegel* auch an anderer Stelle: „Hat man ... kein durch Symptom-ähnlichkeit stark gesichertes Mittel finden können, so versucht man durch biochemische Gesichtspunkte

- zum Ziel zu kommen, wählt z.B. Kali-chl. oder Calc-f. oder – in weitem Umfang gerechtfertigt – Sil.“ (*Schl.*, 1927. 252).
- ²³⁾ *Schlegel*, 1927. 252.
- ²⁴⁾ Bei Leukämie und beim M. Hodgkin kombiniert er folgende Arzneien, wenn keine charakteristischen Symptome vorhanden sind: Kali-ar., Chin-ar., Ferr-p. bei Leukämie; Pyrog. und Ars-i. bei M. Hodgkin (*Ramakrishnan*, 1997-a. 17,18). In der Literatur finden sich immer wieder Heilungen oder Besserungen in schwierigen oder hoffnungslosen Fällen durch Mehrfachgabe homöopathischer Arzneien, z.B. bei *Schlegel* (*Schl.*, 1927. 165: Bell. und Hep.; siehe auch 163,164), *Clarke* (*Cl.*, 1991. 55: Nux-v. und Sulf.), *Fritz Stockebrand* (*Sto.*, 1976. 102: Lyc. und Arg-n.) und *Dagmar Radke* (*Radke*, 1992. 109: Carb-an. und Bry.). Über derartige unkonventionelle Vorgehensweisen schreibt *Schlegel*: „Diese entfernen sich natürlich vom Ideal der homöopathischen Heilkunst ... Immerhin sind sie höchst dankenswert bei einer Krankheit wie Krebs, gegen welche doch nur der Erfolg zählt“ (*Schl.*, 1927. 112).
- ²⁵⁾ *Ramakrishnan*, 1997-a. 17; 1997-b. 126,128. In einigen älteren Kasuistiken *Ramakrishnans* wird schon zu Behandlungsbeginn eine Krebsarznei im Wechsel mit dem chronischen Mittel gegeben (*Ra.*, 1997-b. 129 [Fall 9 und 10]). Zur Vorgehensweise *Ramakrishnans* vgl. *Friedrich*, 1998-b. 78–80.
- ²⁶⁾ *Barthel*, 1996. 21–93. Vgl. auch den Fall eines Patienten mit operiertem Rektum-Karzinom von *Gerhard Resch* [52, 71].
- ²⁷⁾ Vgl. *Hahnemann*, ORG. §§ 91, 92.
- ²⁸⁾ *Klinkenberg*, 1998-b. 103. Hierzu schreibt *Carleton*: „Vor einer Operation pflege ich sorgfältig zu verschreiben. ... Die betroffenen Körperteile und der Organismus werden so auf die Operation vorbereitet ... und der Erfolg der Operation wird wahrscheinlicher“ (*Ca.*, 1996. 299, 300; Übers. v. Verf.).
- ²⁹⁾ *Burnett*, 1991-a. 152; vgl. *Burnett*, 1991-a. 65, 68 und *Grimmer*, 1996-a. 765. *Hahnemann* schreibt: „Hier komme ich auf den ... Umstand, dass ... die ... Psora sehr selten von einem einzelnen ... Mittel geheilt werden kann, sondern die Anwendung mehrerer dieser Arzneien, in den schlimmsten Fällen auch wohl vieler nach und nach zur vollständigen Heilung bedürfe“ (*Ha.*, CK. 130). Auf die Beziehung von Psora und Krebs wurde in einer früheren Arbeit des Verfassers eingegangen (*Klinkenberg*, 1998-b. 103–105).
- ³⁰⁾ Siehe Kasuistiken von *Schlegel* (*Schl.*, 1927. 144) und *Carleton* (*Ca.*, 1996. 293 [Fall 5], 298 [Fall 7]).
- ³¹⁾ *Burnett*, 1991-a. 69,70 (Hervorheb. v. *Burnett*). Nach *Burnett* sind Sabin. und Cupressus l. Komplementär-mittel von Thuj. (*Clarke*, 1990. 1589). *Burnett* verwendet für Centesimalpotenzen einfache Zahlen (z.B. 6, 30). Dabei bleibt unklar, ob es sich um im Mehrglas- oder im Inglassverfahren hergestellte Potenzen handelt.
- Das Vorgehen *Burnetts* lässt an eine Aussage *Bönninghausens* zu den Arzneiverwandtschaften denken: „[Es] ... ist der Fall vorgekommen, dass zwei Arzneien, die mit einander verwandt waren, ... um den Vorzug stritten, dass die Wahl schwer war, und jede ... einige Neben-Symptome deckte, welche der andern fehlte. Hier sah ich den besten Erfolg, wenn ich mit beiden Arzneien fortwährend wechselte, und zwar in nicht gar zu langen Zwischenräumen, so dass jedesmal die Eine gereicht wurde, ehe die andere völlig ausgewirkt hatte“ (*Bö.*, VHA. 8).
- Es sollte allerdings bedacht werden, dass auch ein zu schneller Mittelwechsel bei Krebsfällen ungünstig sein kann (vgl. *Schlegel*, 1927. 171).
- ³²⁾ *Bönninghausen*, VHA. 6 (Fußnote).
- ³³⁾ *Schlegel*, 1927. 252. Hier stellt sich die Frage: Kommt es bei Krebserkrankungen zu einem schnellen Auswirken der Arzneien? (Vgl. *Hahnemann*, CK. 157).
- ³⁴⁾ *Carleton*, 1996. 299 (Uterus-Karzinom), 289 (Basaliom). *Carleton* gibt meist nicht an, um welchen Zeitraum die Intervalle verlängert werden (vgl. 305, 306 [Fall 10]; 287, 288, 290 [Fall 1], 293 [Fall 5], 299 [Fall 7] u.a.). In zwei Fällen von Tumoren mit kolikartigen Schmerzen werden die Arzneien nur während der Koliken gegeben (*Ca.*, 1996. 280 [Fall 2], 294 [Fall 6]; vgl. *Cooper*, 1996. 75).
- ³⁵⁾ Siehe z.B. *Carleton*, 1996. 295–297 (Fall 6: Carb-an. CM, Sulf. CM); 301 (Fall 8: Bry. MM, Nit-ac. CM).
- ³⁶⁾ Drei Globuli der Arznei werden in elf Teelöffeln Wasser aufgelöst. Davon werden täglich zehnmal hintereinander ein Teelöffel in Abständen von 15 Minuten eingenommen. Vor jeder Einnahme wird die Lösung umgerührt. Ein Teelöffel bleibt übrig und wird für den folgenden Tag aufgehoben. Am folgenden Tag werden zehn Teelöffel Wasser und erneut drei Globuli der Arznei hinzugefügt. Die so entstandene Lösung wird wie am Vortag eingenommen. Dies wird eine Woche lang täglich durchgeführt.
- ³⁷⁾ *Ramakrishnan*, 1997-a. 17; 1997-b. 128; 1998. 9.
- ³⁸⁾ *Clover*, 1993. 175,178.
- ³⁹⁾ *Kent*, 1903 und 1987. 369; siehe *Klinkenberg*, 1998-a. 21. *Kent* spricht sich nicht grundsätzlich gegen die kumulative Gabe von Arzneien aus, vorausgesetzt dass bei Besserung mit der Einnahme pausiert wird (*Ke.*, 1987. 438, 439).
- ⁴⁰⁾ *Sutherland*, 1941. 24. *Cooper* schreibt, die häufige Arzneigabe führe bei großer Krebsmasse dazu, dass das „Krebsgift“ zu schnell ausgeschüttet und das Leben des Patienten gefährdet werde (*Co.*, 1996. 38,94). Allerdings lässt sich die Arbovital-Methode *Coopers*, die Gabe von Einzeldosen der Urtinktur in Intervallen von ca. zwei bis drei Wochen, nicht ohne weiteres mit der Gabe potenziierter Arzneien vergleichen. Leider geht aus der Literatur nicht hervor, ob es sich bei der Feststellung *Coopers* um eine Hypothese oder einen Erfahrungswert handelt.
- ⁴¹⁾ Zum Beispiel in dem bemerkenswerten Fall von *Dietrich Berndt*, der einen Patienten mit präfinaler

- Chronisch Lymphatischer Leukämie behandelte [7]: Eine einzige Gabe Carb-an. C30 besserte die Allgemeinsymptomatik, den klinischen Befund und die Laborparameter derart, dass eine weitere schulmedizinische Behandlung für nicht erforderlich gehalten wurde. Da der Patient fortzog, konnte der Behandlungsverlauf nur über acht Monate beobachtet werden.
- ⁴²⁾ Carleton, 1996. 291 (Fall 3): Carleton verwendet den allgemeinen Begriff des „Epithelioms“; die klinische Beschreibung lässt auf ein Epithelioma basocellulare (Basaliom) der Nase schließen. Carleton, 1996. 292 (Fall 4): Auch hier liegt die makroskopische Diagnose eines Basalioms vor. Spinedi, 1993. 181–185; siehe auch Klinkenberg, Teil 2. 100, 101.
- ⁴³⁾ Die Potenzstufen werden in der Homöopathie nicht einheitlich definiert. Im Rahmen dieser Arbeit wird die folgende Einteilung zugrundegelegt: Tiefpotenzen – Ø bis D12 (die D12 ist von der Konzentration her vergleichbar mit einer C6), Hochpotenzen – ab C30 (die C30 ist von der Konzentration her vergleichbar mit einer D60); der dazwischen liegende Bereich wird als mittlere Potenz definiert.
- ⁴⁴⁾ Grimmer, in: Stephenson, 1959. 278. Grimmer nennt allerdings keine Kasuistiken. Somit bleibt unklar, ob seine Warnung auf eigenen Erfahrungen basiert oder sich allein auf die Aussagen Kents stützt: „Wenn eine Krankheit schon zu Gewebeveränderungen geführt hat, ... dann sieht man ... sogar Verschlimmerungen, aus denen sich der Organismus nicht mehr auffängt“ (Kent, 1985. 296,297). Grimmer war ein direkter Kent-Schüler.
- ⁴⁵⁾ Grimmer, 1996-a. 753, 793, 814.
- ⁴⁶⁾ Barthel, 1996. 31. Auch bei nicht vorbehandelten Krebsfällen hat Barthel keine nachteilige Wirkung von Hochpotenzen beobachtet [4]. Er verwendet in aufsteigenden oder abfallenden Potenzen die C200, M, XM, CM, MM.
- ⁴⁷⁾ Cremonini, 1993. 160,161,162. Das Verfahren der Zubereitung der Arzneilösung wird nicht genau angegeben. Cremonini berichtet, er habe in anderen Fällen wiederholte Gaben niedriger Potenzen versucht, aber die Resultate waren weder zufriedenstellend noch dauerhaft.
- ⁴⁸⁾ Siehe u.a. Schlegel, 1927. 160–168. Zu den Potenzangaben siehe Anm. 21.
- ⁴⁹⁾ Zum Begriff der inneren Störung siehe Klinkenberg, 1998-b. 97, 98. Hiermit ist die innere Ursache einer chronischen Krankheit, die schon vor der Manifestation des Tumors als Krebsdiathese vorhanden war, gemeint. Unter der allgemeinen Intoxikation wird die „Vergiftung“ des Körpers durch Stoffwechsel- und Zerfallsprodukte des Tumors verstanden (siehe Anm. 1).
- ⁵⁰⁾ Tiefpotenzen werden in häufigen Gaben verordnet. Schlegel z.B. gibt in dem hoffnungslosen Fall eines metastasierenden Brustkrebses dreimal täglich drei Tropfen einer Mischung aus Hydr. 3 und Chin. 3 (Schl., 1927. 170).
- Hochpotenzen: Clarke zum Beispiel gibt einem 38-jährigen Patienten mit zwei Knoten in der Brust, der deutliche Zeichen von Thuj. zeigt (u.a. Impfungen in der Anamnese; früher Warzen an den Händen) die Arznei in der XM statt, wie in vielen anderen Kasuistiken, in einer 30. Innerhalb weniger Monate sind die Tumoren verschwunden und der Patient ist bei guter Gesundheit (Cl., 1991. 42).
- ⁵¹⁾ Stephenson, 1959. 277. 84 Krebsfälle aus der Fachliteratur (JAIH und Hom. Rec. von 1900–1959; Werke von Kent, Clarke, Schlegel, Jahr, Buford, T. Allen, Peterman u.a.) und elf aktuelle Fälle wurden zusammengetragen. Nur die eindeutig bösartigen Tumorfälle (insgesamt 40) wurden statistisch bzgl. Überlebensraten, verwendete Potenzen, äußerliche Behandlung usw. ausgewertet, die übrigen auch bzgl. der verwendeten Arzneien. Es war die Absicht des Autors, etwaige Tendenzen herauszuarbeiten, die später durch größere Fallzahlen überprüft werden sollten.
- ⁵²⁾ Vgl. Burnett, 1991-b. 21. Ramakrishnan schreibt, Cond. wirke am besten von der Urtinktur bis zur C30 (Ra., 1997-a. 19). Auch Hydr. scheint vorwiegend in tiefen und mittleren Potenzen eine gute Wirksamkeit zu besitzen (Clover, 1993. 175), [12, 58, 60].
- ⁵³⁾ Cremonini, 1993. 162. Vgl. Friedrich, 1998-a. 156, 158: Möglicherweise spielen auch unterschiedliche Ausgangssubstanzen und die Herstellungsqualität eine Rolle. Cremonini gibt nicht an, welche Carc.-Präparation er verwendet.
- ⁵⁴⁾ Zum Beispiel verwendet Carleton bei gutartigen Tumoren wie dem Uterusfibrom meist Einzelgaben hoher Potenzen (Ca., 1996. 281, 284). Zur Behandlung des präkanzerösen Stadiums siehe Klinkenberg, 1998-c. 190.
- ⁵⁵⁾ Zu Spinedis Vorgehen siehe Klinkenberg, 1998-a. 20, 21. In Bezug auf die Einnahmeanweisung orientiert sich Spinedi am § 248 ORG.
- ⁵⁶⁾ Barthel, 1996. 46, 53.
- ⁵⁷⁾ Schüttelpotenzen können auch bei weniger fortgeschrittenen Fällen z.B. einmal wöchentlich oder monatlich gegeben werden. Zur Herstellung der Lösung: Zwei Globuli der Hochpotenz (z.B. C200, M, XM, 50M, CM, MM) werden in 10 ml 20 %-iger Alkohollösung aufgelöst. Davon wird 1 ml abgeschüttelt und die fertige Arzneilösung in 40 bis 60 kräftigen Schüttelschlägen hergestellt. Vor jeder Einnahme wird die Lösung fünfmal geschüttelt. Das Verfahren wurde von Peter Mattmann-Allamand entwickelt [6].
- ⁵⁸⁾ Die Nosoden wurden in einer früheren Arbeit des Verfassers besprochen (Klinkenberg, 1999. 20); vgl. Clarke, 1925. 105 (Carc., Scir.).
- ⁵⁹⁾ Clarke, 1991. 55, 72, 73; vgl. 42, 47. Clarke verwendet – wie Burnett einfache Zahlen (z.B. 30, 100, 200) für Centesimalpotenzen; siehe hierzu Anm. 3). Bei Burnett und Fortier-Bernoville finden sich ähnliche Dosierungsangaben (Bu., 1991-a. 110, 113, 147; Fortier-B., 1937-b. 61).
- ⁶⁰⁾ Ramakrishnan, 1997-a. 16, 19; 1997-b. 128. Er verwendet eine Carc.-Präparation der Lunge.

- Auch *Cremonini* und einige seiner Kollegen haben in „zahlreichen Fällen“ von Hirntumoren mit Erfolg *Carc.* als Nosode benutzt (Hier bleibt unklar, ob Hirntumoren im allgemeinen oder Gliome gemeint sind.). Der Zustand der Patienten besserte sich nach wiederholten Gaben *Carc.* in kurzer Zeit und sie reagierten wieder auf das *Simillimum* (*Cr.*, 1993. 162).
- ⁶¹⁾ *Schlegel*, 1927. 174.
- ⁶²⁾ Dies wurde in einer früheren Arbeit eingehend erläutert (siehe *Klinkenberg*, 1998-b. 100,101).
- ⁶³⁾ *Ramakrishnan*, 1998. 9.
- ⁶⁴⁾ *Schlegel*, 1927. 176. *Stockebrandt* behandelte seit Februar 1939 eine damals 41-jährige Patientin mit einem bösartigen Brusttumor, die eine Operation abgelehnt hatte. Er schreibt: „Seit ... 1954 ist keine Behandlung mehr notwendig, weder des Tumors, noch des kanzerösen Terrains. Sie wurde dann und wann wegen Cholezystitis ... behandelt. In der rechten Brust ist ein pflaumengroßer Knoten ohne jede Beschwerden geblieben“ (*Sto.*, 1976. 101).
- ⁶⁵⁾ *Carleton*, 1996. 304, 305. Vgl. ein Brustkrebsfall von *Clarke*, bei dem der Knoten im Verlauf „kleiner und locker“ wird (*Cl.*, 1991. 63).
- ⁶⁶⁾ *Clarke*, 1991. 75; vgl. eine weitere Kasuistik *Clarke*: 79ff.
- Auch im Heilungsverlauf eines Weichteilsarkoms treten vermehrt Schmerzen und Wundheitsgefühl auf (*Carleton*, 1996. 305).
- ⁶⁷⁾ *Cooper*, 1996. 70, 71. Die initiale Schmerzzunahme findet sich in vielen Kasuistiken *Coopers* (vgl. 44, 55, 66). Auch bei Krebsheilungen durch geringe materielle Dosen von Kaliumsalzen wurde eine anfängliche Steigerung der Schmerzen beobachtet (*Robinski S.*, 1891, in: *Schlegel*, 1927. 89, 90). Hier stellt sich die Frage, inwieweit diese Verläufe durch die relativ starken Arzneygaben bedingt sind (vgl. *Hahnemann*, CK. 148).
- ⁶⁸⁾ Vgl. *Klinkenberg*, 1998-c. 189, 193. „Rheumatische Schmerzen ... können [im präkanzerösen Stadium] ... den Magenkrebs verbergen. Scharfe, gichtige ... Schmerzen erscheinen dagegen, wenn die Geschwulst sich auflöst ...“ (*Nebel A.*, in: *Schlegel*, 1927. 272).
- ⁶⁹⁾ *Klinkenberg*, 1998-b. 100; vgl. *Hahnemann*, ORG. §§ 190–193, CK. 170 und *Schlegel*, 1927. 176. Kasuistiken hierzu finden sich u.a. bei *Schlegel* (*Schl.*, 1927. 170) und *Burnett* (*Bu.*, 1991-a. 123).
- ⁷⁰⁾ *Clarke*, 1991. 61–65.
- ⁷¹⁾ *Böninghausen*, AHP. 56. Andere subtile Verlaufsparameter bessern sich meist jedoch recht bald, zum Beispiel die Gemütsverfassung und der Schlaf. Ein Fall von *Clarke*: Brusttumor bei einer 48-jährigen. Nach *Carc.* 100 und *Con.* 30 wird *Mamillinum* 100 alle zehn Tage verordnet. „Am Anfang der Einnahme ... fühlte sie sich ganz und gar krank. Als sie die Einnahme beendet hatte [d.h. nach einem Monat, AdV], fühlte sie sich äußerst gut...“ (*Cl.*, 1991. 75, 76).
- ⁷²⁾ *Ramakrishnan*, 1997-b. 127; vgl. *Klinkenberg*, 1998-a. 22. *Ramakrishnan* machte die Erfahrung, dass unter homöopathischer Behandlung überraschende Besserungen in fortgeschrittenen Fällen vorkommen, die aber häufig nur wenige Wochen anhalten (*Ra.*, 1997-a. 16).
- ⁷³⁾ *Fortier-Bernoville*, 1937-b. 61 (Übers. v. Verf.); vgl. *Ramakrishnan*, 1997-b. 127 (Fall 4).
- ⁷⁴⁾ *Nebel*, 1915. 157. *Clarke*, 1991. 47: „Die gebesserte Funktion des Darms nach einer einzigen Dosis des Mittels ... ist ein sehr gutes Zeichen dafür, dass eine heilende und ausleitende Wirkung eingesetzt hat.“
- ⁷⁵⁾ *Clarke*, 1991. 69.
- ⁷⁶⁾ *Nebel* weist auf die möglicherweise hypotensive Wirkung der „Krebstoxine“ hin (*Ne.*, 1929. 143). Der Puls und die Farbe der Augen sind zwei der Verlaufsparameter von *Elie G. Jones* [44]. Krebspatienten haben häufig matte Augen. In einem Fall von Brustkrebs schreibt *Schlegel*: „Das Aussehen wurde besser, der Blick heller“ (*Schl.*, 1927. 116). Nach *Spinedi* ist die Änderung der Gesichtsfarbe von blass zu rosig ein wichtiger Verlaufsparameter bei Kindern mit Leukämie [75]. *Nebel* schreibt über die Beschaffenheit der Zunge bei Krebs: „Oft gibt die Zunge Merkmale, die eingeschnitten, violett, dunkelrot ... , manchmal ... weißgelb oder schmutziggrau belegt [sein kann]“ (*Nebel A.*, in: *Schlegel*, 1927. 271).
- ⁷⁷⁾ *Cooper*, 1996. 46, 56.
- ⁷⁸⁾ *Schlegel*, 1927. 100. Vgl. *Cooper*, 1996. 32 (Diarrhoe), 52 (Erbrechen), 56 (Schwäche), 66 (Leukorrhoe). Hierzu gehören auch die Reaktionen, die *Cremonini* beobachtete (siehe im Kapitel „Gute Ergebnisse mit Hochpotenzen“).
- ⁷⁹⁾ Siehe hierzu der bereits erwähnte Fall von *Resch* [71], bei dem nach Einnahme der homöopathischen Arznei jedesmal ein deutlicher Fieberanstieg zu verzeichnen war. Aufgrund der oft günstigen Wirkung von Fieber wurde die Hyperthermie in die komplementäre Krebstherapie eingeführt (vgl. *Schlegel*, 1927. 76). Als Ursachen für Fieber nicht-infektiöser Genese bei Krebs wird die Freisetzung nicht näher bestimmbarer pyrogener Tumorbestandteile oder Hormonmetaboliten angenommen. Auch durch immunologische Reaktionen freigesetzte pyrogene Substanzen spielen eine Rolle [55].
- ⁸⁰⁾ *Schlegel*, 1927. 16, 28. Erysipel oder erysipelartige Ausschläge: *Schlegel*, 1927. 16, 28; *Czerny*, in *Schlegel*, 1927. 76; *Schlegel*, 1927. 90; *Schlegel O.*, in *Schlegel*, 1927. 274; *Cooper*, 1996. 36. Nach *Klaus-Henning Gypser* sind kurz auftretende Dermatosen bei chronischen Krankheiten prognostisch günstig [36].
- ⁸¹⁾ *Hahnemann*, CK. 168, 170; vgl. *Carleton*, 1996. 283 (Fall 3). „Ständige Lokalübel“ können u.a. gut- und bösartige Tumoren sein.
- ⁸²⁾ *Burnett*, 1991-b. 23, 24, 58.
- ⁸³⁾ Vgl. *Hahnemann*, CK. 159. *Schlegel* z.B. beklagt, dass manche Heilungen verzögert oder verhindert werden „durch mangelnde Einfachheit der Mittelwahl – oft mitverschuldet wegen des Gefühls ... helfen zu sollen –

- und ... auch durch den großen Überfluss an Arznei-kräften" (*Schl.*, 1927. 171).
- ⁸⁴⁾ *Schlegel*, 1927. 253; vgl. 176.
- ⁸⁵⁾ *Grimmer* schreibt: „Während der Behandlung werden sich die Symptome des Patienten viele Male ändern und damit eine Änderung des Mittels erfordern“ (*Gr.*, 1996-a. 793); vgl. Kasuistiken von *Carleton* (u.a. *Ca.*, 1996. 300, 305).
Zum Vorgehen bei Auftreten von neuen oder früheren Symptomen siehe auch *Klinkenberg*, 1998-a. 20, Anm. 31 und 1998-c. 193.
- ⁸⁶⁾ *Clarke*, 1991. 76–78; vgl. 65–71. Auch andere Krebs-spezialisten sind so vorgegangen, siehe z.B. bei *Carleton*, 1996. 281 (Fall 2), 291 (Fall 3) und *Barthel*, 1996. 69. *Barthel* stellt fest: „In der Behandlung chronischer und besonders bösartiger Prozesse ist es notwendig, auch die akuten Symptome zu lösen (Mit den „akuten Symptomen“ meint er neu hinzugetretene Symptome; *Ba.*, 1996. 56.). Vgl. *Hahnemann*, CK. 169 und *Bönninghausen*, AHP. 467; [61].
- ⁸⁷⁾ *Ramakrishnan*, 1998. 9,10 (Übers. v. Verf.).
- ⁸⁸⁾ *Klinkenberg*, 1998-a. 20; Anm. 30, 31 (Nebenbeschwerden, Arzneibeziehungen nach *Bönninghausen*, alte und neue Symptome) und *Klinkenberg*, 1998-b. 103,104 (Symptome antiprosischer Arzneien zeigen sich im Verlauf der Behandlung).
- ⁸⁹⁾ *Bönninghausen*, VHA. 7.
- ⁹⁰⁾ *Ramakrishnan*, 1997-b. 129, 130 (Fall 11).
- ⁹¹⁾ *Barthel*, 1996. 35: Ein 57-jähriger Patient mit Nieren-Karzinom erhält die Mittelfolge: Thuj. – Merc. (folgt gut) – Thuj. (folgt gut) – Merc. (folgt gut) – Thuj. – Sulf. (als Zwischenmittel bei Z.n. nach grippalem Infekt) (folgt gut) usw. (Nach *Guernsey* folgen auf Thuj. am besten Merc. und Sulf.; *Gu.*, 1993. 251.).
Vgl. weitere Kasuistiken von *Barthel* (*Ba.*, 1996. 41, 55, 80, 88, 93) und das Kapitel „Zwischenmittel bei akuten Krankheiten“ dieser Arbeit.
- ⁹²⁾ *Clarke*, 1991. 40, 41. *Clarke*, ein großer Kenner der *Materia medica*, nennt leider keine Gründe für diese Mittelfolge. Con., Phyt., und Sil. zählen zu den wichtigsten Mitteln bei Brustkrebs. Con.: „Hühnereigroßer Tumor unter der linken Brustwarze“ (*Guernsey*, 1995. 187, 608). Lyc. dürfte die Arznei sein, welche der Totalität der Symptome des Falles am ehesten entspricht (Stuhl hellgefärbt (*Kent*, KK Bd.3. 654): **Lyc., Sil.**; Z.n. Hämorrhoiden; Obstipation; spätes Einschlafen usw.), Thuj. die Arznei für die Impffolgen.
Bislang bekannte Arzneibeziehungen zu diesem Fall sind für die erste Mittelfolge Lyc. folgt Con., Sil. folgt Lyc., für die zweite Mittelfolge Sil. folgt Con. [8, 48].
- ⁹³⁾ Diese Erfahrung *Spinedis* [74] steht im Gegensatz zu einer Bemerkung *Clarks* über die Influenza (*Cl.*, 1991. 49, 50).
- ⁹⁴⁾ *Burnett*, 1991-a. 81, 82.
- ⁹⁵⁾ *Schlegel*, 1927. 266.
- ⁹⁶⁾ *Barthel*, 1996. 55, 88. In anderen Fällen gibt er bei einer Erkältung Phos. nach dem chronisch verordneten Con. oder wegen einer Verstauchung Rhus-t. nach Sulf. (*Ba.*, 1996. 88, 93).
- ⁹⁷⁾ *Clover*, 1993. 175, 176; *Grimmer*, 1996-a. 817. Zu denken ist auch an Arzneien wie *Acon.*, *Apis*, *Ars.*, *Bry.*, *Hydr.*, *Mag-p.* und, besonders in fortgeschrittenen Fällen, an z.T. ungeprüfte Arzneien wie *Calc-ox.* und *Calc-ac.* (Schmerzen ohne besondere Modalitäten), *Natrium cacodylicum* (Krebs der Becken- oder Bauchorgane), *Eosinum* (brennende Schmerzen), *Lobelia erinus* (Schmerzen bei Befall des Peritoneums oder Mesenteriums) [16, 59].
Ox-ac. kann nach *Grimmer* in Fällen mit extremen Schmerzen hilfreich sein. Typisch sind die Verschlimmerung der Schmerzen beim daran Denken [57], neuralgische, stechende Schmerzen oder Schmerzen an kleinen Stellen [16]. *Kent* schreibt: „Kein anderes Mittel verursacht heftigere Schmerzen“ [80].
- ⁹⁸⁾ *Clover*, 1993. 176. Therapeutische Hinweise hierzu finden sich auch bei *Clarke* [18].
- ⁹⁹⁾ *Clarke*, 1925. 107.
- ¹⁰⁰⁾ *Grimmer*, 1996-a. 768, 797, 798, 809.
- ¹⁰¹⁾ *Clover*, 1993. 176.
- ¹⁰²⁾ *Nebel*, 1929. 143.
- ¹⁰³⁾ *Ramakrishnan*, 1997-a. 21. *Ramakrishnan* hat große Erfahrung in der palliativen Krebsbehandlung (*Ra.*, 1997-b. 126).
Zur Palliation im Finalstadium schwerer Krankheiten wie Krebs und Tuberkulose nennt *Kent*: *Ars.*, *Carb-v.*, *Lach.*, *Phos.*, *Sec.*, *Tarent-c.* (*Ke.*, 1885-b. 330, 331).
- ¹⁰⁴⁾ *Grimmer*, 1996-a. 753.
- ¹⁰⁵⁾ Hier greift *Nebel* auf die Vorstellung der sog. Ausleitung zurück, die *Hahnemann* selbst strikt abgelehnt hat (siehe u.a. *Ha.*, ORG. 36 und CK. 173, 174). Auf eine Diskussion dieser Thematik wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Die Drainagetheorie lässt sich nicht auf *Hahnemann* zurückführen, wie es *Schlegel* allein durch die Unterscheidung in tiefwirkende und weniger tiefwirkende Arzneien bei *Hahnemann* annimmt (*Schl.*, 1927. 266, 288).
- ¹⁰⁶⁾ Eine Übersicht über die organotropen Beziehungen einiger Drainagemittel findet sich bei *Fortier-Bernoville* (*Fortier-B.*, 1937-b. 53), [26].
- ¹⁰⁷⁾ *Nebel*, 1915. 154–156. Das Einsetzen von Absonderungen mit Schmerzerleichterung in akuten Fällen, z.B. bei einer Stirnhöhlenaffektion mit Kopfschmerzen durch Gabe von *Lach.*, betrachtet *Nebel* ebenfalls als Drainagewirkung der gegebenen Arznei (*Ne.*, 1915. 155).
- ¹⁰⁸⁾ Dies könne zu einer lebensgefährlichen Intoxikation ähnlich dem heute als Tumolyse-syndrom (massiver Zerfall von Tumorzellen z.B. bei zytostatikasensiblen Tumoren) bekannten Krankheitsbild führen.
- ¹⁰⁹⁾ *Fortier-Bernoville*, 1937-b. 53, 54, 62.
- ¹¹⁰⁾ (*Ne.*, 1915. 157, 158); siehe hierzu eine Mittelfolge *Burnetts* (*Bu.*, 1991-a. 164). Dies scheint eine nachträgliche Interpretation *Nebels* zu sein. Dem Verfasser ist keine Aussage *Burnetts* zur Gabe von Drainagemitteln bekannt.

- ¹¹³) *Nebel*, 1915. 149, 150, 157, 158; 1929. 144. Bei klaren Indikationen verordnet *Nebel* eine der von ihm als Drainagemittel angesehenen Arzneien, z.B. *Tarax.*, *Chel.*, *Cond.*, oder eine bestmöglich passende Arznei mit mehr oberflächlicher Wirkung. In vielen Fällen verwendet er jedoch ein aus verschiedenen Drainagemitteln zusammengesetztes Komplexmittel und weicht damit von den Prinzipien der genuinen Homöopathie ab (*Ne.*, 1929. 144; 1915. 140, 150).
- ¹¹²) *Hahnemann*, ORG. §§ 3, 4, 94. In den „Chronischen Krankheiten“ erläutert *Hahnemann* den großen Stellenwert einer geeigneten Ernährung (*Ha.*, CK. 116 und 131 ff.).
- ¹¹³) *Schlegel*, 1927. 269 und 35.
- ¹¹⁴) *Grimmer*, 1996-a. 757, 758, 800.
- ¹¹⁵) *Schlegel*, 1927. 33–36, 46–48, 246–251; *Grimmer*, 1996-a. 750, 757, 763, 798, 800. Siehe auch *Burnetts* Empfehlungen zur Ernährung (*Bu.*, 1991-b. 24, 52, 72).
- ¹¹⁶) Bemerkenswert ist, dass *Schlegel* großen Wert auf die Beseitigung einer Obstipation durch diätetische Maßnahmen legt. Er schreibt: „Eine Forderung, auf die wir ... wohl zu wenig Wert in direkter Anwendung legen, weil wir von der Ansicht ausgehen, dass die reine homöopathische Behandlung mit der Zeit Wandel schaffe“ (*Schl.*, 1927. 36, 47).
- ¹¹⁷) *Barthel* lehnt die Gabe von Mistelpräparaten und Enzymen ab [4].
- ¹¹⁸) Vgl. u.a. *Hahnemann*, ORG. §§ 286–291.
- ¹¹⁹) *Clarke*, 1991. 59, 60. Siehe hierzu eine Kasuistik von *Schlegel* (*Schl.*, 1927. 170).
- ¹²⁰) *Cooper* z.B. schreibt: „Krebsleiden ... scheinen von depressiven Gefühlen genährt zu werden“ (*Co.*, 1996. 65; vgl. 64).
- ¹²¹) *Hahnemann*, CK. 140; vgl. 61.
- ¹²²) *Hahnemann*, CK. 139 ff.; vgl. ORG. §§ 259, 260, 261.
- ¹²³) *Schlegel*, 1927. 80.
- [9] *von Bönninghausen C*: Die Aphorismen des Hippokrates. Nachdr., Göttingen: Burgdorf, 1979 (1863, Leipzig) [AHP].
- [10] *von Bönninghausen C*: Systematisch-Alphabetisches Repertorium der antipsorischen Arzneien, Teil 1. Münster: 1832 XIX.
- [11] *von Bönninghausen C*: Versuch über die Verwandtschaften der homöopathischen Arzneien. Münster: Copenrathsche Buchhandlung, 1836 [VHA].
- [12] *Boericke W*: Handbuch der homöopathischen Materia medica. Heidelberg: Karl F. Haug, 1994.
- [13] *Burnett J C*: Die Heilbarkeit von Tumoren durch Arzneimittel. Übers. von G. Risch. 2. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1991-a (1893, London, „Curability of Tumors“).
- [14] *Burnett J C*: Tumoren der Brust. Übers. von H. Pscheidl. 1. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1991-b (1888, London, „Tumors of the breast“).
- [15] *Carleton E*: Homoeopathy in Medicine and Surgery. Reprint Edition, New Delhi: B. Jain Publishers, 1996 (1913, Flushing/U.S.).
- [16] *Clarke J H*: Der Neue Clarke. Übers. von P. Vint. Bielefeld: Silvia Stefanovic, 1990.
- [17] *Clarke J H*: Die Heilung von Tumoren durch Arzneimittel. Übers. von G. Risch. 1. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1991 (1908, London, „Cure of Tumors“).
- [18] *Clarke J H*: The Prescriber. New Delhi: Pratap Medical (1925).
- [19] *Clover A*: Complementary cancer care. *BJH* 1992; 81: 176–182.
- [20] *Clover A*: Complementary cancer therapy: A pilot study of patients, therapies and quality of life. *Compl. Therapies in Medicine* 1995; 3: 129–133.
- [21] *Clover A*: Patients with cancer of the breast. *BJH* 1993; 82: 174–178.
- [22] *Cooper R T*: Krebs und Krebs Symptome. Übers. von K.-H. Reinke. 1. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1996 (1898, Feltham/U.K., „Cancer and Cancer Symptoms“).
- [23] *Cremonini C L*: 20 Años después. 48. Kongress der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI), Wien 1993.
- [24] *Deutsche Gesellschaft für Nährstoffmedizin und Prävention e.V.*: Krebs, Ernährung, Schutzfaktoren. Frankfurt: pmi, 1996.
- [25] *Doll R, Peto R*: The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of avoidable risk of Cancer in the United States today. *J. Nat. Cancer Inst.* 1981; 66: 1191.
- [26] *Fortier-Bernoville M*: Die homöopathische Behandlung von Krebs. Übers. von A. Tippett. 1. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1996, S. 149–150.
- [27] *Fortier-Bernoville M*: General Review Of The Present Hom. Treatment Of Cancer. *Hom. Rec.*, 1937-a; Bd. 52, Heft 1 (Übers. des 1933 in „L'Homoeopathie Moderne“ erschienenen frz. Artikels ins Englische: S.A. Klein; deutsche Übers.: A. Tippett).
- [28] *Fortier-Bernoville M*: General Review Of The Present Hom. Treatment Of Cancer. *Hom. Rec.*, 1937-b; Bd. 52, Heft 2 (Übers. des 1933 in „L'Homoeopathie Mo-

Literatur

- [1] *Agrawal M L P*: Mind and Cancer. *Simile* 1993; 3: 14–15.
- [2] *Barthel H*: Expertenkonferenz zur homöopathischen Behandlung bei Krebs (Seminar). Bad Imnau, 26.–28.6.1998.
- [3] *Barthel H*: Homöopathie – Der Erfolg gibt Recht. Schäftlarn: Barthel & Barthel, 1996.
- [4] *Barthel H*: Persönliche Mitteilung.
- [5] *Barthel H*: Welche Therapie stoppte die Metastasierung? *Dt. J. f. Hom.* 1996; 3: 272–273.
- [6] *Behnisch G*: Expertenkonferenz zur homöopathischen Behandlung bei Krebs (Seminar). Bad Imnau, 26.–28.6.1998, und persönliche Mitteilung.
- [7] *Berndt D*: Landpraxis – Kasuistisches Mosaik. *ZKH* 1959; 3: 96, 97.
- [8] *von Bönninghausen C*: Bönninghausen's Therapeutisches Taschenbuch 1846. Nachdr., Hamburg: Bernd von der Lieth (1846) [TB].

- derne“ erschienenen frz. Artikels ins Englische: S.A. Klein; deutsche Übers.: A. Tippett).
- [29] *Friedrich U*: Die homöopathische Krebsbehandlung unter Praxisbedingungen. ZKH 1998-a; 4: 154–159.
- [30] *Friedrich U*: Internat. Referate: A homeopathic approach to the treatment and palliation of cancer, Part 1+2. ZKH 1998-b; 42: 78–80.
- [31] *Grimmer A H*: The Collected Works of Arthur Hill Grimmer M.D. Hrsg. von A.N. Currim. Norwalk (U.S.): Hahnemann Internat. Institute, 1996-a (1917–1967, Manuskripte und Zeitschriftenveröffentlichungen *Grimmers*) (Übers. aller Zitate v. Verf.).
- [32] *Grimmer A H*: Die Homöopathische Behandlung von Krebs. Übers. von A. Tippett. 1. Aufl., München: Müller & Steinicke, 1996-b.
- [33] *Grundmann E*: Einführung in die Allgemeine Pathologie. 5. Aufl., Stuttgart: Gustav Fischer, 1985.
- [34] *Guernsey H N*: Homöopathie in Gynäkologie und Geburtshilfe. 1. Aufl., Ruppichteroth: Similimum, 1995 (1867, Philadelphia, „The application of the principles and practice of Homoeopathy to obstetrics“).
- [35] *Guernsey H N*: Keynotes Zur Materia Medica. Hrsg. von S. Reis. Oberhausen: Dynamis, 1993 (1887, „Keynotes to the Materia Medica“).
- [36] *Gypser K-H*: Persönliche Mitteilung.
- [37] *Hadjikostas C, Diamantidis S*: Comparative Clinical Study Of Parallel Allopathic And Homoeopathic Treatment To Allopathic Treatment In Cancer Of The Large Intestine. Athen: Researches of MIHRA, 1987.
- [38] *Hadjikostas C, Diamantidis S*: Comparative Clinical Study Of Parallel Homoeopathic And Allopathic Treatment To Allopathic Treatment In Cancer Of The Lung. Athen: Researches of MIHRA, 1987.
- [39] *Hahnemann S*: Die chronischen Krankheiten, Bd. 1. Heidelberg: Karl F. Haug, 1995 (1828, Dresden) [CK].
- [40] *Hahnemann S*: Organon der Heilkunst. Hrsg. von J.M. Schmidt. Standardausgabe der 6. Aufl., Heidelberg: Karl F. Haug, 1992 (1842, Paris) [ORG].
- [41] *Hierholzer K, Schmidt R F*: Pathophysiologie des Menschen. Weinheim: VCH, 1991.
- [42] *Jackson W E*: A New Lease On Life. Hom. Rec. 1951; 66: 242–249.
- [43] *Jackson W E*: Treatment – Over and Under. Hom. Rec. 1941; 56: 24–38.
- [44] *Jones E G*: Cancer, It's Causes, Symptoms and Treatment. New York: Greaves Publishing Co., 1911.
- [45] *Kent J T*: Heilbare pathologische Zustände. Dt. J. f. Hom. 1984; 4: 321 (1912, erschienen in „The Homeopathician“).
- [46] *Kent J T*: Journal of Homoeopathics, April 1903.
- [47] *Kent J T*: Kents Minor Writings. Hrsg. von K.-H. Gypser. Heidelberg: Karl F. Haug, 1987 (1881–1914, Zeitschriftenveröffentlichungen *Kents*).
- [48] *Kent J T*: Kent's Repertorium der homöopathischen Arzneimittel. Übers. von G. v. Keller. Bd.1–3, 9. Aufl., Heidelberg: Karl F. Haug, 1986 (1897, Lancaster/U.K.) [KK].
- [49] *Kent J T*: Zur Theorie der Homöopathie. Übers. von J. Künzli v. Fimelsberg. 3. Aufl., Leer: Grundlagen und Praxis, 1985 (1900).
- [50] *Klinkenberg C R*: Die homöopathische Krebsbehandlung (Teil 1). ZKH 1998-a; 42: 15–28.
- [51] *Klinkenberg C R*: Die homöopathische Krebsbehandlung (Teil 2). ZKH 1998-c; 42: 97–110.
- [52] *Klinkenberg C R*: Die homöopathische Krebsbehandlung (Teil 3). ZKH 1998-c; 42: 188–197.
- [53] *Klinkenberg C R*: Die homöopathische Krebsbehandlung (Teil 4). ZKH 1999; 43: 16–27.
- [54] *Klunker W*: Persönliche Mitteilung.
- [55] *Krück F*: Pathophysiologie, Pathobiochemie. 2. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg, 1994.
- [56] *Leroi R, Bühler W, Werner H*: Krebs – die Krankheit unserer Zeit. 18. Aufl., Bad Liebenzell: Verein f. Anthroposoph. Heilwesen e.V., 1997.
- [57] *von Lippe A*: Text Book of Materia Medica. Philadelphia: 1866.
- [58] *Maliekal T P*: Homoeopathic Medicines successful in Tumor Reduction. CCRH Quarterly Bulletin 1996; 18: 14.
- [59] *Masters F*: Expertenkonferenz zur homöopathischen Behandlung bei Krebs (Seminar). Bad Imnau, 26.–28.6.1998.
- [60] *Mezger J*: Gesichtete Homöopathische Arzneimittel-lehre, Bd. 2. 10. Aufl., Heidelberg: Karl F. Haug, 1993 (1951).
- [61] *Möller B*: Einführung in die Methodik C. v. Bönninghausens. ACD 1997; 6: 155–163.
- [62] *Nebel A*: On the Causes and Treatment of malignant Disease. BHJ 1929; 19: 135–147.
- [63] *Nebel A*: The Treatment of Cancer. BHJ 1915; 5: 147–163.
- [64] *Peterman H L*: Cases. Hom. Rec. 1905; 20: 116–118.
- [65] *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. 255. Aufl., Berlin: de Gruyter, 1986.
- [66] *Radke D*: Carbo animalis. Dt. J. f. Hom. 1992; 2: 102–109.
- [67] *Ramakrishnan A U*: A case of cancer that responded to homeopathy. Resonance 1998; März/April: 8–11.
- [68] *Ramakrishnan A U*: A Homeopathic Approach to the Treatment and Palliation of Cancer Part 1 (seminar report by S. Skinner). JAIH Spring 1997-a; 90: 14–21.
- [69] *Ramakrishnan A U*: The Treatment of Cancer with Homeopathic Medicine Part 2: Case Studies (seminar report by S. Skinner). JAIH Autumn 1997-b; 90: 126–131.
- [70] *Reis S*: Persönliche Mitteilung.
- [71] *Resch G*: Rectum-Carzinom. Dt. J. f. Hom. 1985; 4: 354, 355.
- [72] *Schlegel E*: Die Krebskrankheit, Ihre Natur und Ihre Heilmittel. 2. Aufl., Stuttgart: Hippokrates, 1927.
- [73] *Siegenthaler W*: Klinische Pathophysiologie. Stuttgart: Georg Thieme 1970, S. 934–946.
- [74] *Spinedi D*: Die Krebsbehandlung in der Homöopathie (Seminar). Bad Imnau, 27.–29.6.1997.
- [75] *Spinedi D*: Expertenkonferenz zur homöopathischen Behandlung bei Krebs (Seminar). Bad Imnau, 26.–28.6.1998.

- [76] *Spinedi D*: Heilung eines Basalioms an der Wange. 48. Kongress der Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis (LMHI), Wien 1993.
- [77] *Stephenson J*: Homöopathische Krebsbehandlung. Übers. von J. Künzli v. Fimelsberg. ZKH 1959; 3: 273–283.
- [78] *Stockebrand F*: Die homöopathische Behandlung der Tumoren. ZKH 1976; 3: 95–109.
- [79] *Sutherland A*: Treatment – Over and Under (Introduction). Hom. Rec. 1941; 56: 24.
- [80] *Vermeulen F*: Synoptische Materia Medica. 2. Aufl., Groß Wittensee: Kai Kröger, 1998 (*1992).
- [81] *Zwiener U*: Allgemeine und Klinische Pathophysiologie. Bd.1, Jena: Gustav Fischer, 1993.

Ich bedanke mich bei der Deutschen Homöopathie-Union (DHU), Abteilung Wissenschaft & Forschung, für die freundliche Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Dr. med. *Carl Rudolf Klinkenberg*
Heidenstückerweg 42 d, D-76189 Karlsruhe