

# Der Merkurstab

Zeitschrift für Anthroposophische Medizin - Journal of Anthroposophic Medicine

## Digitales Archiv

Autor(en)	Werner Faber
Titel	Zwei histologisch gesicherte Krebsheilungen durch Iscador
Zeitschrift	Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen
Publikationsjahr	1980
Jahrgang	33
Heftnummer	5
Heftnamen	5   September/Oktober
Seiten	157 - 162
Artikel-ID	DMS-14112-DE
URL	<a href="https://www.anthromedics.org/DMS-14112-DE">https://www.anthromedics.org/DMS-14112-DE</a>
DOI	<a href="https://doi.org/10.14271/DMS-14112-DE">https://doi.org/10.14271/DMS-14112-DE</a>
Bibliografische Angabe	Faber W. Zwei histologisch gesicherte Krebsheilungen durch Iscador. Beiträge zu einer Erweiterung der Heilkunst nach geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen 1980;33(5):157-162. DOI: <a href="https://doi.org/10.14271/DMS-14112-DE">https://doi.org/10.14271/DMS-14112-DE</a>

Dieser Artikel stammt aus dem Merkurstab-Archiv, das Veröffentlichungen seit 1946 umfasst. Insbesondere bei länger zurückliegenden Arbeiten ist der jeweilige medizinhistorische Kontext zu berücksichtigen.

Dieser Artikel ist urheberrechtlich geschützt und darf nicht ohne Genehmigung weiterverbreitet werden.

Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V.  
Herzog-Heinrich-Straße 18  
DE-80336 München

[www.gaed.de](http://www.gaed.de)  
[info@gaed.de](mailto:info@gaed.de)



## Anthromedics

Anthroposophic Medicine.  
Development. Research. Evaluation.

[www.anthromedics.org](http://www.anthromedics.org)

# BEITRÄGE

## ZU EINER ERWEITERUNG DER HEILKUNST NACH GEISTESWISSENSCHAFTLICHEN ERKENNTNISSEN

---

Herausgeber: Med. Sektion der Freien Hochschule am Goetheanum, Dornach (Schweiz), Dr. med. F. Lorenz  
Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte, Trossinger Str. 53, D-7000 Stuttgart 75, Dr. med. J. Schürholz  
Schriftleitung: Dr. med. Gisbert Husemann  
Verlag: Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte, Stuttgart

---

### ZWEI HISTOLOGISCH GESICHERTE KREBSHEILUNGEN DURCH ISCADOR

Werner Faber

Trotz sehr vieler Krebsbehandlungen in allen Stadien kommt es in einer großen Allgemeinpraxis selten vor, daß histologisch gesicherte Krebsheilungen stattfinden. Ärztliche Aufgabe ist Heilung, nicht histologische Diagnosesicherung. Manchmal spielt einem das Schicksal aber beides zusammen ganz persönlich ungewollt zu. So wurde in den beiden zu beschreibenden Fällen die Histologie nicht durch mich, sondern von dritter Seite veranlaßt.

#### Erster Fall

Durch einen Artikel in der „Reformrundschau“, verfaßt von Kollegen Müller über Iscadorbehandlungen, kommt am 31. 5. 78 der 82jährige Inhaber des führenden Reformgeschäfts am Ort in meine Behandlung wegen unerträglicher Schmerzen am Enddarm. Er kann nicht sitzen, geht ständig im Wartezimmer mit kleinen Schritten, was die anderen Wartenden nicht ganz unbeträchtlich stört. Anamnestisch gibt er an, seine Prostata sei erstmals vor drei Jahren, dann wiederum vor zwei und nach einem Jahr „gehobelt“ worden, nach dem letzten Mal außerdem 36 mal röntgenbestrahlt. Jetzt seien die Schmerzen so stark geworden, daß seine bisherige Selbstbehandlung mit heißen oder kalten Kompressen nichts mehr nutze.

Ich beginne die Iscadorbehandlung sofort mit Qu St 2, langsam steigernd auf 2%, 3%, 5%, 3mal wöchentlich, phasenweise auch täglich, wenn die Schmerzen zu stark werden. Analgetika wurden nie benutzt. Von sich aus hielt der Patient milchsaure Diät, die ihm aber immer wieder unerträglich wird, weshalb er völlige Fastenkuren einschiebt.

Unter recht wechselvollem Befinden tritt nach einjähriger Behandlung am Anus eine mehr als gänseeigroße Geschwulst auf von harter Konsistenz, erstmals getastet am 4. 7. 79. Ich befürchte das Ende, der Patient hält nichts mehr von Iscador trotz des schönen Reformhausartikels, da es bei ihm persönlich versagt habe. Das Einzige, das seiner Meinung nach zeitweise geholfen habe, seien seine Fastenkuren gewesen. Phasenweise hatte er wieder sitzen können, jetzt „trippelt“ er wieder im Wartezimmer. Von mir wird die Iscadorbehandlung zähe, ja verbissen weitergeführt, weil ich weiß, daß es nichts Besseres gibt. Der Patient läßt sich trotz aller Enttäuschung auch weiterhin dazu bestimmen, obwohl er von „besseren“ Mistelspritzen gehört hat, sogar wieder täglich.

Nach einiger Zeit betont er, daß er sich im Grund gar nicht mehr so richtig „krank“ fühle, wenn nur der unerträgliche Druck am After nicht wäre. So geht das weiter bis Ende Januar 1980. Schließlich geht der Patient von sich aus wieder in die urologische Universitätsklinik.



Hier der Entlassungsbericht vom 3. 3. 80:

Sehr geehrter Herr Kollege Faber!

Besten Dank für die Zuweisung ihres Patienten . . . geb. 17. 9. 95; der vom 3.-15. 2. 80 in meiner stationären Behandlung war.

Wie Sie wissen, handelte es sich um ein differenziertes adenopapilläres paravesikales Carcinom rechts (wahrscheinlich Samenblasencarcinom). Bei dem Patienten war eine Röntgentherapie, eine Hyperthermiebehandlung und bei Ihnen selbst eine Iscadorbildung durchgeführt worden. Wegen noch bestehender Beschwerden kam der Patient jetzt zur Durchführung einer spezifischen Immuntherapie in Form einer Schachbrettvakzination. Am 4. 2. 80 habe ich nach Excision der alten Narbe den Tumor erneut von einem Pararektalschnitt aus freigelegt. Dabei stieß ich lediglich auf eine sogenannte Schokoladencyste, die entfernt wurde. Auch beim weiteren Vordringen in das kleine Becken konnte nur noch Narbengewebe, aber kein Tumorgewebe mehr nachgewiesen werden. Aus diesem Grunde konnte die geplante Schachbrettvakzination nicht durchgeführt werden. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Eine erneute Behandlung mit der Hochfrequenzsonde wurde von dem Patienten schlecht vertragen und mußte abgesetzt werden. Am 15. 2. 80 konnte ich den Pat. bei relativem Wohlbefinden nach Hause entlassen. Bezüglich der Narbenbeschwerden empfehle ich Kurzwellendurchflutungen des kleinen Beckens. Außerdem stelle ich anheim die Iscadorbildung fortzusetzen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
R., Prof. Dr. med.

Der Patient ist jetzt gesund, fühlt sich voll leistungsfähig, versorgt sein Reformgeschäft wieder. Ich habe mich mit ihm geeinigt, in wöchentlichen Abständen die Iscadorbildung weiterzuführen; da seine Frau den Herrn Professor gefragt habe, ob denn etwa tatsächlich das Iscador den Krebs geheilt und dieser geantwortet habe, das glaube er tatsächlich. Nun glaubt auch der Patient wieder an die Wirksamkeit des Iscadors. Ich auch. Ich selbst habe eine solche vorbehaltlose Meinungsäußerung eines Universitätsprofessors und Ordinarius zum ersten Mal in meinem Leben gehört, allerdings an die Adresse der Ehefrau des Patienten gerichtet.

#### *Rückblick*

Ein histologisch gesichertes „differenziertes adenopapilläres paravesikales Carcinom rechts (wahrscheinlich Samenblasencarcinom)“ wurde nach einjähriger Iscadorintensivbehandlung eitrig eingeschmolzen und nach einem weiteren Jahr operativ als „Schokoladencyste“ entfernt. Es konnte nur noch Narbengewebe, aber kein Tumorgewebe mehr nachgewiesen werden.

#### *Meine subjektive Reflexion*

Die Umwandlung von Krebsgewebe in eitrig eingeschmolzen erlebe ich in meiner 35jährigen Praxis nicht zum ersten Mal. Besonders in Erinnerung ist mir eine solche Tatsache beim ersten Fall eines malignen Hypernephroms, im Jahre 1952, wo ich nach Iscadorbildung einen oberflächlichen Absceß öffnen mußte. Hierbei entleerte sich eine riesige Eitermenge, fast ein halber Eimer voll. Dieser Pat. starb damals bald darauf an völliger Entkräftung. Auch hier war der Krebs durch Iscador geheilt, aber das Herz versagte unter dieser riesigen Gewebeeinschmelzung. Hier fand keine histologische Untersuchung statt. Ähnliche Fälle wurden auf den Arlesheimer Krebstagungen berichtet von dem englischen Kollegen Dr. Twentyman, London, Homöopath. Krankenhaus.

## Zweiter Fall

Am 23. 8. 79 kommt ein seit 28 Jahren bei mir in Behandlung stehender, jetzt pensionierter 67jähriger Lehrer in die Sprechstunde, weil anlässlich der routinemäßigen Krebsvorsorge mit okkultem Blutnachweis eine histologische Gewebeentnahme carcinomatös entartet sei. Zwecks Vorbereitung der Rektumcarcinomoperation beginne ich sofort eine Iscadorintensivbehandlung mit Qu c. Hg St. 4, 3, 2, steigernd auf 2%, 3%, 5% mit entsprechender Begleitbehandlung im täglichen Injektionsintervall. Statt in Gießen will sich der Patient in Köln von Prof. St. operieren lassen nach Mason zwecks Kontinenserhaltung. Hier das dem Operationsbericht beiliegende Entlassungsschreiben vom 28. 1. 80:

Sehr geehrter Herr Kollege,

wir berichten Ihnen heute über unseren gemeinsamen Patienten Herrn H. Z. geb. 1. 12. 13; der sich vom 2. 1. – 19. 1. 80 in unserer stationären Behandlung befand.

*Diagnose:* Rektumcarcinom

*Therapie:* Tiefe kontinenserhaltende abdomino-sakrale Resektion (Mason) Die Anamnese ist Ihnen ja bekannt, Sie überwiesen uns Herrn Z. zur operativen Behandlung eines vordiagnostizierten Adenocarcinoms des Rektum. Wir haben am 4. 1. 80 eine tiefe kontinenserhaltende abdomino-sakrale Resektion nach Mason durchgeführt, zur Entlastung der Anastomose wurde passager ein Anus praeter transversalis angelegt. Im Bereich der Leber fanden wir schwärzliche Erhabenheiten, wie sie für ein Hämangiom typisch sind . . .

mit kollegialen Grüßen  
Ihre

Prof. Dr. med. F. St.  
Direktor der Klinik  
Dr. med. W. R.  
Stationsarzt

Da auffälligerweise der histologische Befund nicht beilag, auch nichts darüber erwähnt wurde, forderte ich denselben noch gesondert an. Dieser traf sehr spät ein, abgeschickt am 26. 3. 80, mit folgendem Wortlaut:

o. Prof. Dr. med. P. G.  
Facharzt für Pathologie  
Nr. G-213/80  
eingegangen am 7. 1. 80  
erledigt am 8. 1. 80

Ergebnis der pathologisch-anatomischen und histologischen Begutachtung:

1. ein 15 cm langer, resezierter Dickdarmabschnitt mit abgeflachter Schleimhaut. 2,6 cm von einem Resektionsrand entfernt findet sich eine 1. Fadenmarkierung (a). Eine weitere Fadenmarkierung 5,5 cm vom gleichen Resektionsrand entfernt (b). Der Bereich dazwischen ist leicht narbig verzogen. Aus den beiden Bereichen wird Material in einem Umkreis bis zu mehreren Zentimetern eingebettet.
2. Markierungsnaher (a) sowie ferner (b) Resektionsrand.
3. Im anhängenden Fettgewebe nur vereinzelte bis 0,5 cm große, grauweiße Gewebeknötchen.  
Hen.



Zu 1a u. b: Histologisch erkennt man im Bereich der Fadenmarkierungen und der weiteren Umgebung eine Dickdarmmukosa mit etwas unregelmäßigen Krypten, die jedoch keine Zell- oder Kernatypien aufweisen. Darunter zeigt sich jeweils ein *faserreiches Narbengewebe*, das einzelne Fremdkörperzellen mit doppeltbrechenden kristallinen Partikeln sowie dickwandige, fibrosierte Venenäste erkennen läßt.

*Krebsgewebe ist nirgend nachweisbar*, auch nicht in den Blut- und Lymphgefäßen der Submukosa, der Muskularis und des anhaftenden Fettgewebes.

Zu 2. Im Bereich der Resektionsränder ist *kein Krebsgewebe enthalten*.

Zu 3. Auch die hier vorliegenden Lymphknoten und das benachbarte Fettgewebe sind *frei von Krebsgewebe*. Be.

### Zusammenfassung

Ein histologisch gesichertes Rektumcarcinom wurde nach halbjähriger Iscadorintensivbehandlung operiert ohne Nachweis von Krebsgewebe. An den markierten Stellen fand sich lediglich „faserreiches Narbengewebe“. Erst daraufhin forderte ich nun auch sämtliche voroperativen Histologiebefunde in Copie von der Giesener Pathologie an.

Von Prof. P. der Medizinischen Poliklinik Giessen wurden zwecks Sicherung der Diagnose mehrere Probeexcisionen an verschiedenen verdächtigen Stellen durchgeführt. Prof. K., Zentrum für Pathologie am Klinikum der Justus Liebig Universität, führte die jeweiligen histologischen Untersuchungen durch mit teilweise positiven und teilweise negativen Ergebnissen. Hier nur die positiven Befunde:

am 21. 8. 79.:

„Weiches, bräunlich-graues,  $1,1 \times 0,9 \times 0,6$  cm großes Präparat.

Mikroskopisch zeigte – neben wenigen Formationen typischer Dickdarmschleimhaut als Nebenbefund – einen malignen, adenopapillären Tumor mit hochzylindrischem hyperchromatischen Drüsenepithel, wahrscheinlich entstanden in Zusammenhang mit einem Adenom der Dickdarmschleimhaut. Der Tumor wächst basal infiltrierend. . . Der Befund sichert das Vorliegen eines infiltrierend wachsenden adenopapillären Dickdarmcarcinoms, das auf dem Boden, bzw. in einem Adenom entstanden sein dürfte.“

am 30. 8. 79.:

„Zweiter Bericht: Folgeschnitte bestätigten das Vorliegen eines malignen, basal infiltrierend wachsenden Tumors, in Zusammenhang mit dem Adenom. Es liegt somit ein Adenocarcinom in einem Adenom vor.“

am 19. 11. 79.:

„PE aus Basis nach Polyp-Ektomie.

Die bis  $8 \times 4$  mm großen Präp. zeigen einheitlich differenzierte tubulär gewucherte atypische Dickdarmschleimhaut mit hochzylindrischem Dickdarmepithel, vermehrter Mitose-rate und wenig Stroma. Es handelt sich um Formationen eines differenzierten Adenocarcinoms.“

Darüberhinaus wurden auf Verlangen des sehr kritischen Patienten diese beiden positiven Präparate zum Zwecke doppelter Sicherung auch noch an das Pathologische Institut der Städt. Krankenanstalten Bayreuth geschickt. Dessen Leiter, Prof. E., bestätigte alle bisher erhobenen positiven Befunde uneingeschränkt in seinem Brief vom 5. 11. 79.: „Ihr Präparat zeigt eindeutig das Bild eines hochdifferenzierten Adenocarcinoms.“

Vom 23. 8.–31. 12. 79 wurde von mir eine Iscadorintensivbehandlung durchgeführt mit dem Präp. Qu cum Hg St. 4, 3, 2, dann relativ rasch steigend auf 2%, 3%, 5% in teils

zweitägigem, meist eintägigem Injektionsintervall. Ursprünglich war diese Iscadorbehandlung nur als kurze Operationsvorbereitung geplant. Die Durchführung der Operation verzögerte sich aber immer weiter aus verschiedenen äußeren Gründen, zuletzt deshalb, weil der Patient von einer kontinenserhaltenden Operationsmethode hörte, die nicht in Gießen möglich sei, wohl aber in Bonn. Dadurch kam es zu einer ursprünglich gar nicht geplanten sehr langen Iscadorintensivbehandlung als Operationsvorbereitung.

Aus diesen Fakten ergibt sich folgender Rückblick:

Bei einem 67jährigen, bei mir seit 28 Jahren in Behandlung stehenden Lehrer wird wegen occulten Blutnachweises aus dem Darm gelegentlich der routinemäßigen Krebsvorsorge Rektoskopie und mehrmals Probeexcision durchgeführt. Neben mehreren negativen wurde in zwei Gewebentnahmen ein positiver Befund erhoben. Auf Verlangen des kritischen Patienten wurden diese beiden positiven Befunde überprüft durch einen anderen Pathologen und voll bestätigt als „hochdifferenziertes Adenokarzinom“.

Nach rund fünfmonatiger Iscadorintensivtherapie und Operation mit Anlegen eines Anus praeter zeigten sämtliche histologischen Schnitte des Operationspräparats keinerlei Krebsgewebe mehr, stattdessen genau an den markierten Verdachtsstellen lediglich „faserreiches Narbengewebe“. Sämtliche Unterstreichungen von Formulierungen wie „frei von Krebsgewebe“ stammen vom untersuchenden Pathologen als Ausdruck der Überraschung angesichts eines solchen großen chirurgischen Eingriffs.

Auf Grund dieser Fakten habe ich keinen Zweifel, daß dieser Krebs durch Iscador geheilt wurde. Zwar überblicke ich eine ansehnliche Zahl von Heilungen und Besserungen bei Krebs durch Iscador in meiner fünfunddreißigjährigen Praxistätigkeit, aber nur wenig Fälle von histologisch gesicherter Heilung, weshalb mir diese Veröffentlichung angezeigt erscheint.

#### *Diskussion:*

Ein Kritiker könnte einwenden, daß die Krebsheilung durch Iscador deshalb nicht zwingend bewiesen sei, weil möglicherweise der an sich unbezweifelbar histologisch doppelt gesicherte Krebs durch die Probeexcision bereits vollständig im Gesunden entfernt worden sein könnte. Dem steht entgegen, daß dann nicht nur der Operateur, sondern vor allem der die Gewebentnahmen Durchführende ja unverantwortlich und gewissenlos gehandelt hätte, indem sie bedingungslos zu einer überflüssigen und enorm eingreifend schweren Operation geraten hätten.

Eine solche geradezu ungeheuerliche Leichtfertigkeit liegt aber deshalb nachweisbar nicht vor, weil der histologische Befund ausdrücklich eine Nichtabgrenzbarkeit des infiltrativ nach unten wachsenden Krebses hervorhob.

Deswegen sei hier noch der histologische Befund vom 21. 8. 79 (Prof. K.) vervollständigt:  
„Der Tumor wächst basal infiltrierend. Seine Entfernung im Gesunden kann nicht erkannt werden.“

Deswegen sei auch noch der „Zweite Bericht“ vom 30. 8. 80 von Prof. K. zitiert, der folgendermaßen schließt:

„Wie teleph. besprochen, sind Sie herzlich eingeladen, sich die Präparate mit mir zusammen anzusehen. Zusatz: I. wurde ausgebettet um 90 Grad gedreht und weitergeschnitten. Hinsichtlich der Basis des entarteten Polypen ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte.“

Unter diesen Umständen kann nicht nur nicht von einer unverantwortlich leichtfertigen Operation gesprochen werden, sondern deren Unterlassung wäre unverantwortlich gewesen. Denn man kann nicht von einem Professor einer Universitätsklinik und einem Leiter der



Pathologie erwarten, daß sie sich verlassen auf die Ersatzmöglichkeit des chirurgischen Messers durch Iscador.

Andererseits erlauben aber alle diese Fakten auch keinen ernst zu nehmenden Zweifel an der Tatsache, daß hier das Iscador das Messer des Chirurgen bereits vor der Operation de facto ersetzt hatte.

Dem Patienten, mit dem ich seit rund drei Jahrzehnten persönlich befreundet bin und dem es nach der Operation noch sehr schlecht geht, – nach der zweiten Operation der Rückverlegung des Anus praeter entstand ein riesiger Abszess unter der Operationsnarbe, – habe ich von mir aus klar gemacht, daß in seinem Falle eine evtl. Klage nach dem Muster der heute üblich gewordenen amerikanischen Vorbilder etwa wegen überflüssiger Körperversümmelung juristisch völlig aussichtslos wäre.

Adresse des Verfassers: Werner Faber, Goethestr. 42, 63 Gießen/Lahn

## **KREBSTHERAPIE ALS INDIVIDUELLE AUFGABE (II)**

Hans Werner

### *Die Krebserkrankung*

An den beiden aufgezeigten Biographien konnte deutlich gemacht werden, wie vielschichtig die Hintergründe sind, die zur Krebserkrankung führen können\*. Zugleich zeigen die beiden Beispiele, daß sich sowohl auf dem Boden einer mehr „hysterischen“ als auch auf dem einer „neurasthenischen“ Konstitution diese Krankheit bilden kann. Es wird außerdem deutlich, daß das Entstehen der Krebserkrankung als ein bei jedem Menschen individuelles Geschehen begriffen werden muß. Es können aus einer solchen Betrachtung anfängliche, tastende Fragen nach den Ursachen dieser Krankheit entstehen.

Im Vorgeburtlichen dürfen Wurzeln der Krebserkrankung vermutet werden. Aus den Bedingungen des inneren und äußeren Schicksals können sich von der frühen Kindheit an Anfänge für das spätere Auftreten dieser Erkrankung bilden. Sie sind als funktionelles, meist nicht in das Bewußtsein tretendes Krankheitsgeschehen zu verstehen, das sich dann schließlich im Endstadium als sinnlich in Erscheinung tretende bösartige Geschwulst zeigt. Es muß also im allgemeinen eine funktionelle Kanzerose als Vorstadium und damit Voraussetzung für eine Geschwulstbildung angenommen werden. Diese funktionelle Kanzerose kann im Laufe des Lebens durch eine „Selbstheilung“ des Organismus oder – wenn erkannt – durch geeignete Heilmaßnahmen überwunden werden. Sie kann auch zu sogenannten organischen Präkanzerosen wie z. B. Mastopathie, Leukoplakie, Ulcus callosum des Magens etc. führen, ohne daß es zu einer bösartigen Weiterentwicklung dieser Bildung kommen muß. Entsteht aber die Krebsgeschwulst, so ist dies wie beide dargestellten Biographien deutlich zeigen, das Ende einer langen, oft jahrzehntelangen Entwicklung. Das Auftreten der Krebsgeschwulst ist also nicht der Anfang, sondern das Endstadium der Krebserkrankung. Funktionelle Kanzerose, organische Präkanzerose und bösartige Geschwulstbildung sind Stufen einer einzigen Krankheitsentwicklung. Daher kann eine biographische Betrachtungsweise zum Instrument der Früherkennung entwickelt werden.

\* Aus der Arbeit des Carl Gustav Carus-Institutes und der KLINIK ÖSCHELBRONN; erster Teil dieser Arbeit s. Beitr. Erw. Heilkunst 4, 1980.