

Leserzuschrift zu der Arbeit:

Zelltherapie in der Krebsbekämpfung – Möglichkeit einer Tumorimmuntherapie mit fetalen Zellen

von Helmut RENNER in „Die Heilkunst“ Heft 11 (November) 1974.

Die Anregungen von H. RENNER für eine Art aktiver Immunisierung durch fetale Antigene zur Tumorthherapie und -prophylaxe sind durch K. THEURER vorweggenommen. Sie widersprechen den bisherigen Ansichten der Zelltherapeuten, daß fetale, heterologe bzw. exogene Zellen nicht immunogen wären und bestätigen andererseits die Arbeiten von THEURER über einen immunologischen Wirkungsmechanismus (Ärztliche Sammelblätter Heft 1/1951 und Heft 4/1952; Ärztliche Praxis 33/1951; Hippokrates Heft 14 und 16/1952). Dies führte zur Weiterentwicklung der Zellulartherapie zur makromolekularen, zytoplasmatischen Therapie und zur Theorie einer immunologischen Regulation der Synthese- und Regenerationsvorgänge (THEURER, K.: Therapie-woche 5, 7/8, 171 [1955] und 6, 5/6 132 [1955]; Ärztliche Praxis Nr. 35, S. 1120–1122 [1959] und Nr. 36, S. 1167/

1168 [1959]). Zytotrope Antikörper wirken dabei in Art von Induktoren der Synthesevorgänge über interne Repressoren am genetischen Apparat der Zelle (Medizin und Rehabilitation H. 9/1966: Reparatur und Aktivierung des Zellstoffwechsels). Der Unterschied zwischen der beim Krebs erwünschten zytotoxischen Wirkung und der regulativen Wirkung von Antikörpern sieht THEURER in den beteiligten Klassen von Antikörpern und ihrer Konzentration. Zytotoxisch wirken polyvalente, komplementbindende Antikörper, regulativ dagegen monovalente, nicht komplementbindende Antikörper. Eine exakte Dosierung der Antigene ist nur mit molekular aufgeschlossenen Zellsubstanzen, nicht aber mit morphologisch erhaltenen Zellen und Gewebsfragmenten möglich.

Die Anregung, zytotoxische Antikörper und gegen fetale Antigene sensibilisierte T-Lymphozyten als Killerzellen in der Krebstherapie durch aktive oder eine Art von passiver Immunisierung zu verwenden, war ein weiterer Schritt zur Entwicklung einer multifaktoriellen Krebstherapie (Zeitschrift für Blut- und Geschwulstkrankheiten H. 1/1971: Die Zytoplasmatische Therapie in der Krebstherapie; Physikalische Medizin und Rehabilitation H. 11/1968 und H. 6/1971; Ärztliche Praxis Nr. 4/1970 und Nr. 80/1974). Hierbei werden zytotrope Antikörper und die daraus gewonnenen Antikörper-Fragmente mit Tropismus zum Antigen als Vehikel für zytotoxische oder zytolytische Substanzen benützt. Auch die zusätzliche Verwendung von besonderen Adjuvantien, insbesondere von tierischen Organsubstanzen, wurde von THEURER angegeben.

Zur weiteren Vervollständigung der Artikelserie über das Thema Zelltherapie bei Krebs wäre vielleicht der diesbezügliche Abschnitt aus dem Leitfaden 1973 über die Zytoplasmatische Therapie geeignet. Die Zytoplasmatische Therapie bietet dabei folgende Angriffsmöglichkeiten:

A. Roborierung, insbesondere nach Schädigung durch die konventionellen Behandlungsmethoden (Stahl, Strahl, Chemotherapie) und Verbesserung der Abwehrlage (Phagozytose, zelluläre und humorale Immunität) sowie der Resistenz gegen kanzerogene Noxen durch Präparate aus lymphatischen Geweben.

- B. Normalisierung endokriner und vegetativer Dysregulationen, insbesondere des Zwischenhirns und Überfunktionszustände des Hypophysenvorderlappens durch Reaktivierung peripherer Drüsen und der Epiphyse unter Mitverwendung des mütterlichen Anteils der Plazenta (Dezidua).
- C. Normalisierung von Stoffwechselfunktionen der großen Organe, Leber, Pankreas, Niere, Lunge und Knochenmark.
- D. Stimulierung von Mastzellen und der Synthese von Heparin durch fetales Bindegewebe des Nabelstranges. Antikoagulantien verringern die Tendenz zur Fibrinausfällung und zur Absiedlung von Thrombozyten und Tumorzellen. Dadurch wird einer Metastasierung entgegengewirkt. Natriumlaurylsulfat, das in den Dilutionen mitverwendet wird, kann als oberflächenaktive Substanz diesen Effekt begünstigen. Auch besteht die Möglichkeit einer selektiven Schädigung der Tumorzellen durch Osmolyse (THEURER: Hippokrates H. 18/1959, S. 669).
- E. Durchbrechung einer etwaigen Immuntoleranz gegen Tumorantigene und Steigerung der Immunreaktionen durch Behandlung mit Präparaten aus lymphatischen Geweben, insbesondere Lymphknoten, Lymphozyten, Thymus, Milz und Knochenmark.
- F. Sensibilisierung gegen fetale Proteine, die in gewissen Tumorarten wieder gebildet werden, durch die Behandlung mit Präparaten aus fetaler Leber und Darm.
- G. Aktivierung der körpereigenen Synthese von Interferon durch Behandlung mit doppelsträngiger RNS aus Leber und Plazenta. Interferon ist ein Hemmstoff der Virusvermehrung und kann die kanzerogene Transformation verhindern.
- H. Aktivierung der Synthese von Adenylzyklase durch Behandlung mit Präparaten aus fetalem Herzmuskel. In Tumorzellen ist Adenylzyklase und das von ihm abhängige cAMP vermindert. Dadurch sind die Tumorzellen der humoralen Regulation entzogen (CHANDRA, Frankfurt).
- I. Aktivierung der Bildung von Chalonon oder deren Substitution organunspezifisch durch Faktoren aus

Rinderdezidua. Chalone regulieren und inhibieren die Zellproliferation. Jugendliche und adulte Zellen enthalten mehr Chalone als fetale Zellen und werden deshalb in den Präparaten mitverwendet.

- K. Aktivierung des oxydativen Stoffwechsels und Hemmung der Synthese- und Proliferationsvorgänge in Krebszellen durch Behandlung mit Faktoren aus Rinderdezidua (LETNANSKY, H. u. WRBA, H., Them. Med.-Klin. Klinikzeitschrift für Onkologie, H. 2/1974).
- L. Sensibilisierung der Krebszellen gegen Strahlen- und Chemotherapie, evtl. Synchronisation ihres Stoffwechsels durch Präparate aus Rinderchorion bzw. -trophoblasten (STIEVE, München).

Möglichkeiten einer Krebsprophylaxe durch die zytoplasmatische Organotherapie:

- a) Behandlung von Krankheitszuständen und Altersprophylaxe – Normalisierung von Organ- und Zellfunktionen.
- b) Sensibilisierung gegen etwaige Tumorantigene, die in fetalen Geweben (Leber und Darm) vorkommen.
- c) Maßnahmen gegen die Entstehung einer immunologischen Toleranz durch wiederholte Injektionen der Revitorgan Trs Nr. 66 in Abständen von 6 bis 12 Monaten zur Mobilisierung der immunologischen Abwehr.

Die immunologische Abwehr unterliegt dem Massenwirkungsgesetz und ist umgekehrt proportional der Anzahl der Tumorzellen, d. h. um so effektiver je weniger Tumorzellen vorhanden sind. Deshalb sollte eine Kombinationsbehandlung angestrebt werden, bei der man zunächst die Tumormassen chirurgisch beseitigt und dann das restliche Tumorgewebe stufenweise abbaut, wobei zwischen Phasen der Roborierung und Verstärkung der allgemeinen Abwehrvorgänge und Phasen eines immunochemischen Tumorabbaus abgewechselt wird. Wir nennen dies „Multifaktorielle Krebstherapie“.

Dr. Paul SCHWARZ,
D-7000 Stuttgart, Ecklenstraße 27