

# DER LANDARZT

## Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Hauptschriftleiter: Dr. med. F. Fiebig, Dierdorf, Bez. Koblenz

Schriftleiter: Dr. med. G. Jungmann, Markoldendorf,

Dr. med. H. Schneider, Waiblingen

Hippokrates-Verlag GmbH., Stuttgart O

41. Jahrgang

10. Februar 1965

H. 4, S. 168—169

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdruckes, der photomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten.

Sonderdruck

### **Die zytoplasmatische Therapie in der Urologie, insbesondere bei Prostatahypertrophie, Nierensteinleiden und Tumoren<sup>1</sup>**

Aus der Urologischen Privatklinik Stuttgart  
(Chefarzt: Dr. med. H. J. Reuter)

Von Dr. med. H. J. Reuter

---

<sup>1</sup> Aus einem Vortrag anlässlich der X. Jahrestagung für zytoplasmatische Therapie, Stuttgart, Oktober 1964.

**Zusammenfassung:** Es wird über sechsjährige Erfahrungen mit der zytoplasmatischen Therapie bei urologischen Leiden berichtet:

1. Die Prostatahypertrophie wird im I. Stadium mit Revitorgan-Dilutionen aus Prostata und Testes behandelt. Im II. und III. Stadium muß das Prostata-Adenom in der Regel durch transurethrale Prostatektomie (Elektroresektion) entfernt werden, deren Behandlungsrisiko im Vergleich zur chirurgischen Prostatektomie je nach Alter 10- bis 30mal geringer ist.
2. Nierensteinleiden werden mit Revitorgan-Dilutionen aus Niere, Leber, Plazenta, neuerdings mit Neynephin zur Rezidivprophylaxe behandelt. Bei etwa 60% chronisch-rezidivierender Nephrolithiasis können damit nachweisbare Erfolge erzielt werden.
3. Bei malignen Tumoren wird postoperativ Neytumorin (Mischextrakt) zur Steigerung der Abwehrmechanismen gegeben.

Seit 6 Jahren verwenden wir die zytoplasmatische Therapie. Unsere Erfahrungen haben wir besonders an den häufigsten urologischen Leiden gesammelt. Ich möchte mich daher auf folgende fundierte Beobachtung konzentrieren:

1. *Die Prostatahypertrophie:* Sie beginnt infolge hormoneller Gleichgewichtsstörungen frühestens im 40. Lebensjahr, meist mit Reizblasenbeschwerden. Es ist zu betonen, daß eine eigentliche Erkrankung der Prostata zunächst nicht vorliegt, sondern daß Fibromyome, von der hinteren Harnröhre ausgehend, ein Adenom bilden, das dann die Prostata verdrängt. Irrtümlich ist auch die Bezeichnung Prostatektomie, weil immer nur das Adenom ausgeschält wird und die echte Prostata als sogenannte Kapsel erhalten bleibt.

Konservative Behandlungsmethoden der sogenannten Prostatahypertrophie gliedern sich in die

diätetische, physikalische und medikamentöse Therapie. Auf die letztere möchte ich näher eingehen.

Die herkömmlichen Mittel basieren meist auf der Phytotherapie. Antibiotika und Sulfonamide werden bei bakterieller Einwanderung ins Harnsystem verordnet. Sie sind aber erst bei klinisch bedeutsamen Erscheinungen, wie eitrigem Exprimat, infiziertem Restharn, akuter Zystitis oder aufsteigendem Infekt, indiziert. Bei Vorliegen sekundärer Komplikationen, wie hohem Restharn, Blasensteinen, Divertikel können sie eine echte Heilwirkung nicht erbringen.

Eine besondere Stellung nimmt die Hormonbehandlung der Prostatahypertrophie ein:

a) *Männliche Hormongaben* wurden früher im ersten Stadium bevorzugt. Infolge ihrer großen Nachteile (Gefahr der malignen Entartung, Prostatahyperplasie) lehnen wir, von wenigen Ausnahmen bei jüngeren Patienten abgesehen, die Behandlung der Prostatahypertrophie mit diesen Hormonen ab.

b) *Mischhormone:* Um die Nachteile der männlichen Hormone zu mindern und eine physiologische Beeinflussung des gestörten Hormongleichgewichtes zu erreichen, werden den männlichen Hormonen neuerdings weibliche Hormone zugesetzt. Die therapeutischen Erfahrungen damit sind insbesondere nach dem 60. Lebensjahr in vielen Fällen günstig, jedoch kann man auch hier die Auswirkung einer Dauerbehandlung nicht immer übersehen.

c) *Gegengeschlechtliche (weibliche) Hormone* werden am unbedenklichsten im hohen Alter gegeben. Wegen ihrer unphysiologischen Wirkung werden sie jedoch der Behandlung von Prostatakrebs vorbehalten.

Wir verordnen heute keine Hormonpräparate mehr, sondern ersetzen sie durch die *zytoplasma-*

*tische Therapie.* Diese schließt alle Gefahren und Nachteile der Hormontherapie aus. Wir geben seit 6 Jahren Revitorgan-Dilutionen Nr. 16 und 35 (Extrakte aus Prostata und Testes)<sup>1</sup>, u. zw. als Mischinjektion jeden zweiten Tag subkutan. Es empfiehlt sich, diese Behandlung alle 6 bis 12 Monate zu wiederholen, in seltenen Fällen vierteljährlich. Die zytoplasmatische Therapie eignet sich vor allem für das erste Stadium der Prostatahypertrophie (geringer Restharn, vorwiegend funktionelle Beschwerden). Treten sekundäre Veränderungen, Restharn und Rückstauung auf, ist nur von einer Beseitigung des Prostata-Adenoms eine Heilung zu erwarten. Hier haben wir uns völlig auf die *transurethrale* Prostatektomie (Elektroresektion) umgestellt, weil sie das Behandlungsrisiko auf  $\frac{1}{10}$ , über dem 70. Lebensjahr sogar auf  $\frac{1}{30}$  senkt. Damit kann zahlreichen Patienten das Leben erhalten werden, die sonst an der chirurgischen Prostatektomie zugrunde gehen würden. Die totale Prostataelektroresektion verbürgt der chirurgischen Prostatektomie ebenbürtige Dauerheil-erfolge; Schmerzen oder erhebliche Operationsbelastungen wie bei der chirurgischen Operation treten in der Regel nicht auf.

2. Weitere langjährige Erfahrungen an weit über 100 Fällen haben wir bei der zytoplasmatischen Behandlung von rezidivierenden *Nierensteinleiden* gesammelt. Vor einem Jahr habe ich über 29 Fälle mit über fünfjähriger Beobachtungszeit berichtet und nachgewiesen, daß hier eindeutige Erfolge bei 19 Fällen zu verzeichnen waren und lediglich 5 Versager vorlagen.

Inzwischen wurden weitere Erfahrungen gesammelt:

<sup>1</sup> Hersteller: Vitorgan G. m. b. H., 7 Stuttgart 1, Postfach 905.

a) Frau S. E., Ludwigsburg: 1958 Nierensteinoperation wegen Oxalatsteinen, Rezidivsteine links und rechts alle 1 bis 3 Monate mit Abgang von Griefß oder kleinen Steinen insgesamt etwa 1 Dutzend, ohne größere steinfreie Phase. Daraufhin wurden 1961 Revitorgan Dilutionen Nr. 7, 26, 64 injiziert. Danach blieb die Patientin bis 1964 steinfrei, obwohl die Behandlung nicht mehr wiederholt wurde. Nach Nierensteinabgang im Januar 1964 wurde erneut Revitorgan verordnet, seitdem ist die Patientin steinfrei.

b) Frau Ch. N., Stuttgart: 1960 Nierensteinoperation links, danach monatliche Steinabgänge. Auf dieselben Dilutionen war die Kranke bis 1962 steinfrei. Im Mai 1962 wurde die Schlingenextraktion eines Harnleitersteins ausgeführt. Auf erneute Dilutionen war sie seitdem wieder steinfrei.

Die beiden Fälle sollen uns zeigen, wie wichtig eine regelmäßige Anwendung der Dilutionen in einviertel-, einhalb- bis einjährigen Abständen ist. Wir nehmen die Dilutionen Nr. 7, 26 und 64 (je 5 Ampullen), erstere gemischt alle 2 Tage subkutan, danach 64 anschließend. Es ist zu überlegen, ob nicht eine fortlaufende Injektion von Revitorgan – also zum Beispiel alle 4 Wochen eine Spritze als Erhaltungsdosis – zweckdienlich wäre. Nach Erfahrungen am Tier scheinen die Dilutionen auch oral (sublingual) wirksam zu sein. Als Kombinationspräparat steht neuerdings Neynephin Nr. 63 als Dilution zur Verfügung, so daß 5 Ampullen dieses Präparats an Stelle von 15 Ampullen dreier verschiedener Dilutionen treten. Zwischenfälle haben wir nicht gesehen, jedoch ist eine Unverträglichkeit möglich. Hier bleibt man dann bei der Ampullenstärke I oder gibt die Lösung per os. Nach unseren Erfahrungen er-

möglicht also die Revitorganbehandlung eine echte kausale Prophylaxe von Nierensteinleiden. Dies ist um so wichtiger, als alle bisherigen Mittel, ob Phyto- oder Chemotherapie, Diät, Trinkkuren oder physikalische Behandlung, keinen nachweisbaren kausal steinverhütenden Effekt aufweisen.

Abschließend möchte ich bemerken, daß wir in der *Tumornachbehandlung* neuerdings zur Steigerung der Abwehrmechanismen Revitorgan Neytumorin geben. Wir wollen damit die Chemotherapie ergänzen, die bei urologischen Tumoren nur die Ansiedlung von durch das Operationstrauma ausgestreuten Metastasen verhüten, jedoch eine Tumorheilung ebensowenig wie die alleinige Bestrahlung bewirken kann.

Wir hoffen, daß Revitorgan dem Patienten das Operationstrauma, die Strahlenschäden sowie die toxischen Nachwirkungen der Chemotherapie schneller überwinden hilft.

Wir würden uns freuen, wenn diese Arbeit zu einem Erfahrungsaustausch in dieser noch jungen Therapie führen würde.

*Anschrift des Verfassers: Dr. med. H. J. Reuter,  
7 Stuttgart, Urologische Privatklinik*