

Revitalisierung und Resistenzsteigerung gegen Infekte und Tumoren durch die Zytoplasmatische Therapie*

Von Heinrich Peter

Das Referat beinhaltet eigentlich 3 Themen, die nicht unmittelbar miteinander zusammenhängen, aber durch die zytoplasmatische Behandlung zu einer Einheit werden. Die Revitalisierung stellt die Regeneration bei Schäden von Organsystemen junger und besonders älterer Menschen dar, während die Resistenzsteigerung gegen Infekte die Beeinflussung eines speziellen Abwehrsystems betrifft, die wiederum von der gegen Tumoren unterschieden ist.

Das Problem der Revitalisierung von alten Patienten mit der Organotherapie, hier der Zytoplasmatischen mit REVITORGAN-Präparaten, habe ich bereits früher in dieser Zeitschrift ausführlich dargestellt (Peter). Dabei soll auch auf die Arbeiten von *Guldan*, *Hoffmann*, *Jansen*, *Brückner* sowie *Lachnit et al.* hingewiesen werden, die zum Teil in doppelten Blindstudien über gute Behandlungserfolge bei Gelenkerkrankungen, Alterserscheinungen durch Hirninsuffizienz und Herzleiden berichtet haben und die experimentelle Grundlage solcher Vitalisierungskuren darstellen. Hier kamen für die Gelenkerkrankungen die Präparate „NeyArthros“ Nr. 43 und „NeyChondrin“ Nr. 68 in Betracht, die vorwiegend Gelenkssubstanzen enthalten. Für die Altersleiden des Hirns wurden die Präparate „Fetaler Herzmuskel“ (Nr. 6), „Großhirn“ (Nr. 11), „NeyGeront“ (Nr. 64), „AntiFokal“ (Nr. 69), und das Präparat „NeyTroph“ (Nr. 96) eingesetzt. Bei den letzteren drei handelt es sich um Mischpräparate, in denen neben anderen Organen auch Großhirn, Rückenmark sowie Thymus und fetaler Herzmuskel enthalten sind. Bei *Lachnit et al.* wurde für die Herzpatienten mit dem Mischpräparat „FegaCoren“ (Nr. 61), das fetalen Herzmuskel enthält, und ebenfalls mit den Mischpräparaten „AntiFokal“ sowie „NeyGeront“ gearbeitet. Zusätzlich kamen noch „Neythymun“ (Nr. 29) und das Präparat „Materne Plazenta“ (Nr. 70) zum Einsatz. Die Arbeiten aller dieser Autoren beweisen, daß die Regeneration bei alten Patienten mit den Organsubstanzen der zytoplasmatischen Reihe sehr gut möglich ist und daher auch durchgeführt werden sollte.

In jedem Falle läuft die Anwendung der Präparate nach den allgemeinen Prinzipien der Zytoplasmatischen Therapie: es erfolgen zunächst subkutane Injektionen von Dilutionen, d. h. hochverdünnten Organsubstanzen in ansteigender Verdünnung von Stärke I bis III, und danach die einmalige intramuskuläre Injektion der jeweiligen Trockensubstanzen. Diese werden also stets durch die Dilutionen vorbereitet. Damit ist die gute Verträglichkeit der Trockensubstanzen gewährleistet. Es ist zwar richtig, daß fast alle älteren Patienten die Trockensubstanzen auch

ohne vorherige Dilutionen vertragen; gelegentlich kann aber doch eine primäre Überempfindlichkeit vorliegen, die durch die Dilutionsvorbehandlung unter allen Umständen abgefangen wird. So wird die Behandlung beim älteren Patienten zwar etwas verlängert, gewinnt aber zugleich an Sicherheit.

Bei der Behandlung alter Patienten kann in der Regel auf die Gegsensensibilisierung nach *Theurer* verzichtet werden, mit Ausnahme der Gelenkerkrankungen. Bei diesen ist sie wegen der häufig vorliegenden Autoaggression indiziert. So ist die Behandlung alter Patienten auch stets während einer Kur möglich, da sie in 14 Tagen auf jeden Fall durchführbar ist. Nur bei Gelenkerkrankungen kann sie sich über längere Zeit ausdehnen.

Die experimentelle Grundlage der guten Behandlungsergebnisse der Zytoplasmatischen Therapie bei der Revitalisierung besonders alter Menschen durch die Zytoplasmatische Therapie stellen die Zellkulturversuche von *Paffenholz* und *Theurer* dar, die mit Dilutionen vieler zytoplasmatischer Präparate menschliche Fibroblasten in Zellteilung und Eiweißsynthese stimulieren konnten. Ebenso wurden in entsprechenden Versuchen gealterte Fibroblasten, die sich normalerweise nur etwa 50mal teilen, zu weiteren Zellteilungen angeregt.

Axmann und *Chandra* haben in entsprechenden Experimenten an Mäusen und Ratten nachgewiesen, daß die Injektion spezifischer zytoplasmatischer Organsubstanzen, z. B. von „Großhirn“, zur Stimulierung der Zellteilung und der Eiweißsynthese in eben diesen Organen, hier also z. B. im Großhirn, führt. Diese Versuche wurden mit radioaktiv markiertem Leucin durchgeführt. Die davon objektiv dokumentierten Ergebnisse lassen sich jederzeit und allerorts reproduzieren. Somit ist die Frage der Revitalisierung durch zytoplasmatische Präparate von der Zellkultur, über das Tierexperiment bis zum doppelten Blindversuch in der Klinik und den Ergebnissen in der Praxis weitestgehend gelöst.

Einige Probleme bleiben trotzdem bestehen, so z. B. die Behandlung der Folgen von Hirninsulten, also etwa von Hemiplegien, Sprachstörungen oder geistiger Verlangsamung. Hier kann unbedenklich die Therapie nach *Jansen* und *Brückner* durchgeführt werden. Nur muß dabei intensiver von Trockensubstanzen Gebrauch gemacht werden, die das Großhirn über das Rückenmark bis in die peripheren Nerven stimulieren. Die vorbereitende Dilutionskur und einmalige Injektion von Trockensubstanzen reicht hierzu erfahrungsgemäß nicht immer aus. Eine zusätzliche Anwendung der Gegsensensibilisierung nach *Theurer*, wenn autoaggressive Prozesse eine Rolle spielen, ist angezeigt. Wichtiger aber ist vor allen

*) Vortrag gehalten am 15.9.1982 auf dem Internationalen Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin in Velden/Wörter See

Dingen die mehrfache Anwendung der Großhirn- und Rückenmark-enthaltenden Präparate Nr. 69 „Anti Fokal“, Nr. 11 „Großhirn“, Nr. 29 „Neythymun“ und Nr. 96 „NeyTroph“. Hiervon kommen die letzten drei auch für die mehrfache Gabe als Trockensubstanzen in Betracht, wie wir dies nach den bisherigen Erfahrungen bei der NeyTumoren-Trockensubstanz-Behandlung ohne weiteres empfehlen können. Es ist anzunehmen, daß man dann eine weit schnellere und intensivere Regeneration der geschädigten Hirn- und Nervenzellen erzielen kann, ohne daß Nebenwirkungen zu befürchten sind. Praktisch geht man so vor, daß man zunächst mit den Dilutionen subkutan vorbehandelt, und zwar etwa 3 1/2 Wochen lang, und dann anschließend sofort mit intramuskulären Injektionen der Trockensubstanzen Nr. 11 „Großhirn“, Nr. 29 „Neythymun“ und Nr. 96 „NeyTroph“ in ständigem Wechsel bei mindestens 2 Trockensubstanz-Injektionen in der Woche über längere Zeit fortsetzt. Auf eine Gegsensensibilisierung kann man, wenn nicht noch autoaggressive Prozesse eine Rolle spielen, dabei verzichten. Letztere sind nicht anzunehmen, wenn es sich um alte, abgeklungene Prozesse handelt.

Ein ähnliches Vorgehen wird auch für die progressive Muskeldystrophie vorbereitet, da hier die Dilutionen der entsprechenden Präparate allein zwar zum Teil gute Ergebnisse erzielen (*Beckmann*), andererseits aber eine Beschleunigung und Verstärkung der Wirkung durchaus wünschenswert bleibt.

Kontraindiziert bleibt nicht nur die Mehrfachgabe von Trockensubstanzen, sondern jede Trockensubstanz überhaupt bei fortschreitend-degenerativen Nervenprozessen, wie z. B. bei der Multiplen Sklerose oder bei der amyotrophischen Lateralsklerose, da hier autoaggressive Prozesse nachgewiesen sind, wodurch neue Schübe und außerdem die Entstehung neuro-allergischer Zustände drohen. Hier bleibt also die Behandlung in jedem Falle auf die Anwendung von Dilutionen, Lingual-Präparaten und auch der Gegsensensibilisierung beschränkt, auch wenn die dadurch erzielten Besserungen gering sind. Man kann aber den Erfolg mit der Gabe stärkerer Präparate nicht erzwingen, wenn dadurch die Gefahr neuer Schübe und der Neuro-Allergie provoziert wird.

Damit wenden wir uns dem zweiten Problem, nämlich der Abwehrsteigerung zu: Hier sei einem alten Bakteriologen und Seuchenhygieniker der Hinweis erlaubt, daß ihm als erstes dabei die spezifische Abwehrsteigerung mit spezifischen Impfstoffen einfällt, die der allgemeinen Resistenzsteigerung gegen Infekte überlegen ist. Sie ist auf jeden Fall durchzuführen, wenn es eine solche Schutzimpfung gibt. Über den Effekt und den Wert solcher spezifischer Immunisierungen kann man heute nicht mehr diskutieren: er ist inzwischen von Fachleuten tausendfach bewiesen und steht außer Frage. Auch der Arzt für Naturheilverfahren muß sich dafür einsetzen. Denn wer sonst als Ärzte sollte immer wieder auf den Wert der eingeführten Schutzimpfungen und die Gefahr einer Impfmüdigkeit hinweisen! Auch der Arzt, der Naturheilverfahren vorzieht, muß in diesem Sinne an der Erhaltung der Volksgesundheit teilnehmen, selbst wenn dieser oder jener Kollege einen der äußerst seltenen Impf-Zwischenfälle erlebt hat. Der

ungeheure Wert dieser öffentlichen Maßnahmen zeigt sich gerade jetzt durch das negative Faktum der Impfmüdigkeit, das bei den gefährlichen Infektionen wie z. B. der Kinderlähmung und der Diphtherie zu gehäuftem Erkrankungen unter den Nichtgeimpften führt (*Ehregut*).

Darüber hinaus gibt es natürlich besondere Fälle von Abwehrschwäche, die trotz spezifischer Maßnahmen nur ungenügende Abwehrkräfte entwickeln. Hier wird dann eben die unspezifische Resistenzsteigerung zusätzlich angewandt, um z. B. ein Antikörpermangel-Syndrom zu beseitigen. Präparate, die hierfür eingesetzt werden, zeigt *Abbildung 1*. Für sie

RESISTENZSTEIGERUNG

Dilutionen:	65+55, 73+61
Lingual-Präparate:	29, 65, 96
Gegsensensibilisierung:	nur falls erforderlich
Trockensubstanzen:	29 f+k, 65, 96

Abbildung 1: REVITORGAN-Präparate zur Resistenzsteigerung

alle ist sowohl in der Zellkultur, wie auch im Tierversuch und ebenso am Patienten eine Resistenzsteigerung nachgewiesen (*Buschmann, Mayr, Sorkin, Wrba* u.a.).

Buschmann hat z. B. die Phagozytosefähigkeit des RES bei weißen Mäusen anhand der Ausscheidungsrate inerte Ruß-Partikel spektralphotometrisch nach Behandlung der Tiere mit verschiedenen Dosen zytoplasmatischer Organ-Dilutionen „NeyNormin“ Nr. 65 gegenüber unbehandelten Kontrollen gemessen. Dabei fand er eine eindeutige Steigerung bei einmaliger Gabe der Dilution 1×10^{-3} g/ml und 3maliger Gabe von 1×10^{-6} g/ml. Hierbei zeigte sich die REVITORGAN-Dilution als sehr gut verträglich, z. B. gegenüber anderen die Phagozytose steigernden Substanzen.

Buschmann, Mayr, Sorkin und Wrba haben außerdem die Zahl der 19 S-Antikörperbildenden Zellen in der Milz nach Schafblutinjektionen im *Jerne-Test* bestimmt: *Wrba* erhielt bei Mäusen durch die Menge von 1×10^{-3} und 1×10^{-4} g/ml fetalen Herzmuskels eine fast dreimalige bzw. zweimalige Zunahme der immunkompetenten Zellen in der Milz gegenüber Kontrollen. *Sorkin* hat entsprechende Steigerungen mit dem zytoplasmatischen Präparat „Fetaler Herzmuskel“ Nr. 6 und dem Präparat „Leber“ Nr. 26 sowie mit „Fetaler Plazenta“ Nr. 71 beobachtet. Dies stellt also einen weiteren Schritt über die von *Paffenhof* und *Theurer* in der Zellkultur ermittelten Zellstimulierungen hinaus dar.

Buschmann und *Mayr* fanden erhebliche Zunahmen der immunkompetenten Zellen der Milz von weißen Mäusen mit dem Präparat „NeyNormin“ (Nr. 65). *Mayr* hat darüber hinaus im Tierversuch an Baby-Mäusen bei Infektionen mit Stomatitis-vesicularis-Virus eine Erhöhung der Überlebensrate durch Vorbehandlung mit Dilutionen aus fetalem und jugendlichem Thymus (Nr. 29) gegenüber Kontrollen bei dieser sonst tödlichen Virus-Infektion nachgewiesen. Auf diesen „antiviralen“ Effekt der Neythymun-Kombination sei be-

sonders hingewiesen, weil wir sonst nicht allzuviel gegen Viren ausrichten können. So ist also die inzwischen bei großen Zahlen sowohl von Tieren (*Mayr*) als auch beim Menschen in der Praxis nachgewiesene Resistenzsteigerung durch die genannten Präparate experimentell sehr gut begründet. Damit ist das Problem der Resistenzsteigerung gegenüber Infekten durch zytoplasmatische Organextrakte ebenfalls gelöst, und man sollte sich erforderlichenfalls ihrer bedienen.

Ebenso wie dem Bakteriologen und Seuchenhygieniker bei dem Wort „Resistenzsteigerung“ die spezifischen Schutzimpfungen einfallen, muß sich der erfahrene Arzt und Kliniker an *Ferdinand Hoff*, seine „unspezifische Abwehrsteigerung“ und „unspezifische“ Therapie sowie an seine „vegetative Gesamtschaltung“ erinnern. *Hoff* hat bereits seit 1927 intensiv experimentell und später klinisch auf diesem Gebiet gearbeitet. Aus seiner Königsberger und späteren Würzburger Zeit liegen schon Publikationen über seine hämatologischen Forschungen vor, in denen er die gesetzmäßige „Links-Verschiebung“ bzw. Granulozytenvermehrung gegenüber den Lymphozyten nach i. v. gegebenen Lösungen zahlloser Substanzen festgestellt hat. Später stellte sich heraus, daß diese Blutbildverschiebung nur ein Parameter seiner „vegetativen Gesamtschaltung“ war, und daß damit sehr zahlreiche weitere Stoffwechsel-, hormonelle und andere physiologische Veränderungen parallel liefen. Alle diese Arbeiten von *Hoff* haben ihren Niederschlag in zahlreichen Publikationen und Büchern gefunden und eine feste Grundlage für die „unspezifische Abwehrsteigerung“ und -therapie gegeben. Viele andere Forscher haben sich dem angeschlossen. Dazu gehört auch letztlich *Selye*, der den von *Hoff* nachgewiesenen Elektrolyt- und anderen Verschiebungen weitere hinzufügte und den Gesamtkomplex der vegetativen Gesamtschaltung mit dem kurzen prägnanten Wort „Streß“ zusammenfaßte. Erinnern wir uns aber daran, daß alle diese Arbeiten auf *Hoff's* grundlegende Arbeiten und Beobachtungen zurückgehen. Daher können wir auch ohne weiteres bei dem deutschen Wort „vegetative Gesamtschaltung“ bleiben.

Wenn wir uns bei unserem Thema „Resistenzsteigerung“ an *Ferdinand Hoff* erinnern, sollte man sich also auch fragen, ob die zytoplasmatischen Präparate auch in diese „unspezifische Therapie“ im Sinne *Hoff's* einzuordnen sind. Bejahendenfalls könnten wir für sie dann auch die „vegetative Gesamtschaltung“ in Anspruch nehmen. Bisher liegen derartige Untersuchungen meines Wissens über die zytoplasmatischen Präparate noch nicht vor, obgleich an ihrem Ausgang gar nicht zu zweifeln ist. So habe ich selbst 12 Patienten, die mit zytoplasmatischen Präparaten behandelt wurden, im Sinne von *Hoff* untersucht. Ich mußte mich dabei allerdings auf die charakteristischen Blutbildveränderungen beschränken, die ja einen der am leichtesten festzustellenden Parameter der „vegetativen Gesamtschaltung“ darstellen. 3 Patienten davon wurden während der intrakutanen Injektion der Gegensenibilisierung und 9 während der subkutanen Injektion der Dilutionen untersucht. Die i. v.-Gabe, die von *Hoff* vorwiegend angewandt

worden ist, wurde also nicht vorgenommen. Dabei ging ich so vor, daß ich ein Differentialblutbild an dem nüchternen Patienten abnahm. Unmittelbar danach folgte die intrakutane Injektion von 0,4 ml der Verdünnung 10^{-8} der Gegensenibilisierung oder bei anderen Patienten von 4 ml einer Dilutionsmischung subkutan. Das zweite Differentialblutbild wurde an den immer noch nüchternen Patienten $3\frac{1}{2}$ Stunden nach der Injektion der Dilutionen bzw. Gegensenibilisierung abgenommen. Das Ergebnis entsprach dem erwarteten: Sowohl bei den mit der Gegensenibilisierung wie auch bei den mit der Dilution versehenen Patienten erfolgte die charakteristische Blutbildverschiebung im Sinne von *Hoff*: Im Durchschnitt nahm die Granulozytenzahl um etwa 20% zu und die der Lymphozyten entsprechend um 20% ab. Dies war also das Signal dafür, daß sich bei allen Patienten durch die Injektion sowohl der Gegensenibilisierung wie auch der Dilutionen eine „vegetative Gesamtschaltung“ im Sinne von *Hoff* eingestellt hatte. Zu diesem Schluß sind wir berechtigt, auch wenn das Ergebnis nur aus dem Parameter der Blutbildveränderung geschlossen werden kann. Es liegen genügend Untersuchungen von *Hoff* und anderen Forschern vor, die dies beweisen. So sind also ganz sicher auch die anderen Parameter, von denen *Hoff* schon 1957 eine ganze Reihe aufzählte, im gleichen Sinne verändert worden.

Mit diesen Ergebnissen ist gleichzeitig nachgewiesen, daß die Gegensenibilisierung und die Dilutionen nach *Theurer* nicht nur die bereits bekannten spezifischen, größtenteils immunologischen Wirkungen haben, sondern daß sie daneben auch die Mechanismen der unspezifischen Reizkörpertherapie nach *Hoff* auslösen. Es kommt ihnen also ein doppelter Effekt zu, der sich nur positiv auswirken kann. Daraus ergibt sich zugleich auch eine andere wichtige Feststellung: Als *Theurer* seine Zytoplasmatische Therapie schuf, war diese zunächst, wie alles Neue, eine Außenseiter-Methode. Doch diese hat sich inzwischen zu einem in breitesten Ärztekreisen anerkannten Behandlungsverfahren entwickelt. Wenn sie darüber hinaus neben ihren immunologischen Effekten auch die der unspezifischen Reizkörpertherapie erfüllt, kann man sie nicht mehr als Außenseiter-Verfahren bezeichnen. Denn *Ferdinand Hoff* hat seine unspezifische Therapie in Jahrzehnten seiner Arbeit an deutschen Universitätskliniken von Königsberg über Würzburg und Aachen bis Frankfurt geschaffen. So ist er alles andere als ein Außenseiter, sondern ein in In- und Ausland anerkannter großer deutscher Arzt. Andererseits erfüllen also die zytoplasmatischen Präparate nach *Theurer* und auch seine Gegensenibilisierung die Regeln der unspezifischen Reizkörpertherapie wie eine ganze Reihe anderer anerkannter Phytotherapeutika, noch zumal neben bestimmten, bereits nachgewiesenen spezifischen Wirkungen, so daß man sie schon deshalb nicht mehr als Außenseitermethode bezeichnen kann.

Zu den eigentlichen Blutbilduntersuchungen ist noch zu sagen, daß die verschiedenen Dilutionen injiziert wurden, während die Gegensenibilisierung natürlicherweise immer von dem betreffenden Patienten selbst stammte. An den gering erscheinenden

den Blutbildverschiebungen von 20% darf man sich nicht stoßen: Bei einigen Patienten war der Wert wesentlich höher, bei anderen wesentlich niedriger. Stets aber bestand diese Tendenz bei allen Patienten. Durch Erhöhung der Dosis der zytoplasmatischen Präparate bzw. eine Verkürzung oder Verlängerung der Beobachtungszeit zwischen den beiden Differentialblutbildern kann man im übrigen wesentlich höhere Werte erreichen. Dies ist aber nicht erforderlich und nicht beabsichtigt. Wir haben also auf ausgiebigere Untersuchungen in dieser Richtung verzichtet. Ebenso halten wir es nicht für erforderlich, die ganze Kette der von der vegetativen Gesamtschaltung betroffenen Verschiebung im Stoffwechsel, Hormonhaushalt usw. zu prüfen, da sie zwangsläufig folgen müssen, wie Hoff in Tausenden von Versuchen nachgewiesen hat. So erscheint uns die Beschränkung auf den einen Parameter der Blutbildverschiebung durchaus berechtigt, denn die Gesetzmäßigkeiten der „Gesamtschaltung“ sind durch Hoff einwandfrei bewiesen worden

So glauben wir insgesamt sagen zu dürfen, daß die Wirkungen der zytoplasmatischen Präparate hinsichtlich der Resistenzsteigerung nicht nur durch ihre spezifischen immunologischen Effekte erfolgen, sondern auch durch die Inangsetzung der „Gesamtschaltung“ nicht unwesentlich verstärkt werden.

Demgegenüber ist das dritte Thema, nämlich die Resistenzsteigerung gegen Tumoren wesentlich problematischer: Das Tumorgeschehen beinhaltet nach wie vor viele Unbekannte (Peter). Da wir nur sehr wenig über die Entstehung von Tumoren wissen, ist es auch schwierig, sie zu verhindern und die Resistenz des Organismus dagegen zu steigern. So können wir dafür die oben besprochene „unspezifische Resistenzsteigerung“ nicht empfehlen oder doch nur, wenn tatsächlich eine allgemeine Abwehrschwäche vorliegt. Dabei kann man sich aber nicht in Sicherheit wiegen, nun bereits die Resistenz gegen Tumoren erhöht zu haben. Bei dieser Sachlage können wir für Patienten, die an einer Carcinophobie oder an Präkanzerosen leiden, nur die bereits laufende Ney-Tumorin-Trockensubstanz-Therapie empfehlen, für die experimentell und klinisch bereits positive Wirkungen bei Tumoren nachgewiesen sind. Sie müßten logischerweise auch die Bildung von Tumoren verhindern bzw. das Wachstum kleinerer Geschwülste hemmen. Leider ist es noch nicht soweit, einen spezifischen Schutz gegen Tumoren, etwa durch Impfstoffe, hervorrufen zu können. Andererseits würden wir auch nicht auf den Gedanken kommen, noch nicht vorhandene bzw. nicht gesicherte Tumoren durch vorsorgliche Bestrahlung oder zytostatische Behandlung zu verhindern, dies vor allem nicht wegen der ernst zu nehmenden Nebenwirkungen. Insofern ist die prophylaktische Behandlung mit Ney-Tumorin-Trockensubstanzen nur ein finanzielles, aber nicht ein medizinisches Problem, denn die Nebenwirkungen dieser zytoplasmatischen Vorsorge fallen kaum ins Gewicht.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Revitalisierung durch zytoplasmatische Präparate von der Zellkultur über das Tierexperiment bis zur klinischen Doppelblindstudie nachgewiesen ist. Ihre

Durchführung ist also zu empfehlen, vor allem weil sie praktisch nebenwirkungsfrei, bei guten Ergebnissen, ist.

Das Gleiche gilt für die Resistenzsteigerung gegen Infekte, und zwar nicht nur über die nachgewiesenen immunologischen Wirkungen, sondern auch im Sinne der „unspezifischen Reizkörpertherapie“ nach Hoff. Dies ist an den charakteristischen Blutbildveränderungen der Patienten nach der Injektion von Gegen sensibilisierung und Dilutionen nachgewiesen. Sie zeigen gleichzeitig eine Steigerung der unspezifischen Abwehr und die Auflösung einer „vegetativen Gesamtschaltung“ im Sinne von Hoff an. Die zytoplasmatischen Präparate sind daher anderen resistenzsteigernden Mitteln, z. B. den Phytotherapeutika, durchaus ebenbürtig, bei praktischer Freiheit von Nebenwirkungen.

Für die Resistenzsteigerung gegen Tumoren kann bei den heute noch bestehenden großen Erkenntnislücken nur eine regelrechte Tumorthherapie mit Ney-Tumorin-Trockensubstanzen durchgeführt werden. Sie kann zwar kürzer und weniger intensiv als bei bereits nachgewiesenen Tumoren sein, muß aber aus immunologischen Gründen in der gleichen Weise vorgenommen werden.

So sind alle drei Themata des Referates, wenn sie auch ganz verschiedene Gebiete berühren, durch die Möglichkeit, bei allen mit der Zytoplasmatischen Therapie erfolgreich und weitestgehend nebenwirkungsfrei zu behandeln, doch unter einem Gesichtspunkt zu betrachten.

Literatur:

1. Axmann, G. und Chandra, P.: Tagungsbericht 19. Jahrestagung Zytoplasmatische Therapie 1973, 2.
2. Beckmann, R.: Erf.Heilk. 29, 1980, 220.
3. Beckmann, R.: Erf.Heilk. 31, 1982, 264.
4. Buschmann, P. und Mayr, A.: vitOrgan-Info. 1971, 4.
5. Buschmann, P. und Mayr, A.: vitOrgan-Info. 1971, 5.
6. Guldán, A.: Heilkunst 94, 1981, 2.
7. Guldán, A.: Heilkunst 95, 1982, 363.
8. Hoff, F.: Fieber, unspezifische Abwehrvorgänge, unspezifische Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.
9. Hoffmann, Z.: Z. f. Allgemein-Med. 54, 1978, 847.
10. Hoffmann, Z.: Der Prakt. Arzt 34, 1980, 1802.
11. Jansen, W. und Brückner: Neurol. Psych. 5, 1977, 214.
12. Lachnit, K. S., Klausner, A., Proszowski, E., Rieder, L.: Therapiewoche 30, 1980, 8023–33.
13. Mayr, A.: Wiederherstellung und Erneuerung als Prinzipien der Organo- und Immuntherapie. Ferd. Enke-Verlag, 1981, 211.
14. Paffenholz, V. und Theurer, K.: Kassenarzt 18, 1978, 5218.
15. Peter, H.: Heilkunst 94, 1981, 2.
16. Peter, H.: Heilkunst 94, 1981, 8.
17. Selye, H.: Stress, Montreal, 1950.
18. Sorkin, E.: vitOrgan-Info. 1, 1971, 4.
19. Theurer, K.: Phys. Med. Rehabil. 15, 1974, 266.
20. Wrba, H.: Expertise 1975.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. Heinrich Peter,
Lerchenweg 16, D-7911 Holzheim