

Sonderdruck aus

# ERFAHRUNGSGHEILKUNDE

*Zeitschrift für die tägliche Praxis*

Herausgegeben von

Prof. Dr. med. HEINRICH LAMPERT

in Verbindung mit

Dr. med. RUDOLF GRUNER, Dr. med. J. PETER DOSCH, Dr. med. SIEGFRIED RILLING, Prof. Dr. med. ERWIN SCHLIEPHAKE, Dr. med.  
HERBERT WARNING

KARL F. HAUG VERLAG · HEIDELBERG

---

Band XVIII

1969

Heft 11

---

## Zytoplasmatische Therapie in der Geriatrie

Von WINFRIED JANSEN

## Zytoplasmatische Therapie in der Geriatrie\*)

Von WINFRIED JANSEN

Zahlreiche Schwierigkeiten stehen der sachgemäßen medikamentösen Therapie bei langdauernden Erkrankungen betagter Personen im Wege, zumal bei ihnen meist verschiedene Krankheitsgeschehen, die in keinem kausalen Zusammenhang stehen, gleichzeitig ablaufen. Man muß daher mehreren Anforderungen zu gleicher Zeit genügen. Grundlegende Faktoren dieses Problems sind:

1. Das Alter
2. Die chronischen Erkrankungen und
3. Die lange Dauer der Einnahme von Medikamenten.

Die Ansichten, wie man mit diesem Problem fertig wird, werden vielfach diskutiert, die Antworten sind aber uneinheitlich. Nur eine systematische Erfahrensforchung, die am Krankenbett nach dem Gesichtspunkt „der Zweck heiligt die Mittel“ erfolgen muß, kann hier weiter helfen.

Dazu braucht man natürlich ein ausreichend großes Krankengut und eine Beobachtungsmöglichkeit über Monate und Jahre.

Im Krankenhaus für chronisch Kranke der Stadt Nürnberg sind wir nun in der glücklichen, vielleicht aber wenig beneidenswerten Lage, knapp 800 Patienten im Durchschnittsalter von 79,5 Jahren betreuen zu können. Die Verweildauer beträgt im Schnitt 3 Jahre.

Eine bevorzugte Behandlung in unserer Klinik finden folgende Erkrankungen: Alle Schlaganfälle mit oder ohne Hemiplegie oder Hemiparese und anderen Folgen wie motorische oder sensorische Aphasie, optische Agnosie, Stuhl- und Urininkontinenz, alle Diabetiker mit und ohne diabetische Komplikationen, chronische Emphysem-Bronchitis mit und ohne Bronchiektasien beziehungsweise mit und ohne Rechtsherzinsuffizienz, zerebrale Gefäßsklerosen mit Folgezuständen aller Schweregrade, ausgenommen Psychosen, nur noch konservativ zu behandelnde Karzinome, alle Arten von Gelenkerkrankungen mit und ohne Versteifung, alle Arten von Magen- und Darmerkrankungen, Liberzirrhosen, Morbus Parkinson, urologische Erkrankungen, Encephalomyelitis disseminata, amyotrophe Lateralsklerose usw.

Lassen Sie mich hier noch erwähnen, daß der Verlegungstermin für den kranken alten Menschen in

die Spezialklinik so früh als möglich angesetzt werden sollte, was leider nur sehr selten geschieht. Es ist eine immer wieder gemachte Erfahrung, daß chronisch Kranke erst dann zu uns eingewiesen werden, wenn ihnen durch eine oft jahrelange, unzureichende und oft unsachgemäße Behandlung und Pflege nicht einmal mehr zum Teil geholfen werden kann. Hemiplegien, die jahrelang zu Hause hinsiechten, ohne daß auch nur der geringste Versuch unternommen werden konnte, die gesunden Extremitäten funktionstüchtig zu erhalten, Herzinsuffizienzen, die über eine lange Zeit wöchentlich 1—2 Strophanthin-Injektionen erhielten, Patienten mit ausgedehnten Dekubitalulzera im Zustand der völligen biologischen Dekompensationen stellen uns immer wieder vor Probleme, die unlösbar erscheinen. Oft können wir nur noch lindern, aber nicht mehr helfen.

Um zur Lösung dieses Problems beizutragen, haben wir uns seinerzeit entschlossen, den Pfad der Schulmedizin zu verlassen und Revitorgan-Präparate zu verwenden, über die seit Jahren immer wieder beachtenswerte therapeutische Ergebnisse berichtet werden, obwohl eine Objektivierung des Wirkungsprinzips nur vermutet, bis jetzt aber noch nicht geklärt werden konnte.

Es handelt sich bei unseren Studien daher um eine ganz klare Erfahrensforchung.

Heute kann ich Ihnen über Ergebnisse an insgesamt 54 chronisch kranken alten Menschen, die klinisch ausbehandelt waren und bei denen eine auch nur geringfügige Besserung nicht mehr erzielt werden konnte, berichten. Diese Fälle als Pflege- oder Siechfälle zu bezeichnen, halte ich für falsch und gefährlich. Dieser Begriff beinhaltet die Tatsache, daß der betreffende Patient nicht mehr behandlungsbedürftig ist und lediglich der Pflege bedarf. Eine solche Einstellung verleitet aber zu einem Fatalismus gegenüber den Beschwerden und Krankheiten des Alters, der gefährlich und außerdem, wie die Ergebnisse mit Revitorgan-Präparaten zeigen, unberechtigt ist. Sicherlich sind wir Ärzte nicht verpflichtet, das Leiden zu verlängern, aber wir müssen alles tun, um zumindest das Leiden zu lindern. Darin liegt jedoch bereits eine zum Teil schwierige, bestimmt aber kostspielige Therapie, die, sinnvoll angewandt, Wunder wirken kann. Der Begriff Pflegefall sollte daher aus dem ärztlichen Wortschatz verschwinden und der Bezeichnung „chronisch

\*) Vortrag, gehalten am 1. 5. 1969 in Bad Brückenau anlässlich der 36. Tagung der „Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e. V.“

Kranker“ weichen. Daß ich mit dieser Forderung nur recht haben kann, beweist immerhin die Erfolgsquote von 64 % mit Revitorgan-Präparaten bei diesen sogenannten „inkurablen Siechfällen“. Dabei habe ich nur ganz signifikante und für das Leiden der Kranken wesentliche Veränderungen berücksichtigt, während nur geringfügige Besserungen unberücksichtigt blieben.

Ich möchte Ihnen nun einige wahllos herausgegriffene Fälle schildern, die keine bewußte Auslese darstellen:

**1. Fall:** 76jährige Patientin, Herzinsuffizienz mit Tachyarrhythmia absoluta, Koronarsklerose und Angina pectoris vera. Es bestand eine erhebliche Ruhedyspnoe, zeitweise sogar Orthopnoe, erhebliche kardiale Ödeme, Nykturie. In 24 Stunden traten 2 bis 3 meist mittelschwere stenokardische Anfälle auf. Die Patientin war meist bettlägerig, wenn sie aufstand, konnte sie sich nur mühsam mit 2 Stöcken fortbewegen. Unsere Behandlung mit 2mal täglich  $\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{8}$  mg *Strophanthin*, *Intensain*, Saludiuretika, Nitro-Präparaten und Diät brachten keine Besserung. Ebenso schlug ein Versuch mit Volldigitalisierung fehl. Als Ultima ratio setzten wir statt *Digitalis* beziehungsweise *Strophanthin Dilution 6 (Herz)* ein. Wir injizierten in der 1. Woche 2mal Stärke 1, in der 2. Woche 2mal Stärke 2 und in der 3. Woche 1mal Stärke 3 subkutan.

Bereits nach der 2. Injektion Stärke 1 verschwanden Dyspnoe und Ödeme. Die Patientin verließ freiwillig ohne Aufforderung das Bett und machte ohne Stöcke ausgedehnte Spaziergänge auf der Station. Stenokardische Anfälle traten nicht mehr auf, so daß Nitro-Präparate abgesetzt werden konnten. Der Zustand der völligen Kompensation hielt etwa 3 Monate nach der letzten Injektion an. Nach dieser Zeit wurde eine neue Serie mit *Dilution 6* mit gleichem Erfolg notwendig. Ich möchte betonen, daß wir auf alle Herzmittel bewußt verzichtet haben.

**2. Fall:** Ein 67jähriger Patient lag seit 10 Jahren mit einer Hemiplegie links, Parese rechtes Bein, motorischer und sensorischer Aphasie sowie einer riesigen Bauchdeckenhernie als sogenannter Siechfall bei uns. Die Muskulatur der gesunden Extremitäten war völlig atrophisch. Wegen des schlechten Gesamtzustandes, der, wie bereits erwähnt, seit 10 Jahren unbeeinflussbar blieb, hatten wir uns bisher auf eine aktivierende Pflege beschränkt.

Ohne auch nur an die Möglichkeit einer Besserung zu denken, haben wir, von Neugier getrieben, bei diesem Patienten *Dilution 11 (Großhirn)* Stärke 1—3 eingesetzt, und zwar wieder 1. Woche 2mal Stärke 1, 2. Woche 2mal Stärke 2 und 3. Woche 1mal Stärke 3. Bereits nach der 2. Injektion Stärke 1, also nach der 1. Behandlungswoche, wurde der sehr unruhige, unleidige Patient, der die ganzen Jahre über häufig cholerische Reaktionen zeigte, bedeutend ruhiger, stiller und teilnahmvoller. Er ließ sich wesentlich besser führen. Nach der 1. Injektion *Dilution 11* Stärke 2 begann er die ersten verständlichen Worte zu sprechen, nach der 2. Woche, also nach Abschluß der Stärke 2, ganze Sätze. Nach Injektion der Stärke 3 trat keine weitere Besserung mehr auf. Ich möchte noch erwähnen, daß sich das Allgemeinbefinden an hob, der Appetit war kaum zu bändigen.

Dieser Erfolg hielt ca. 4 Monate an. Durch eine massive arterielle Embolie der Art. Iliaca communis kam der Patient ad exitum, so daß wir die Weiterentwicklung nicht verfolgen konnten.

**3. Fall:** Eine 74jährige Patientin wurde wegen labiler Hypertonie, Lungenemphysem, Paninsuffizienz sowie chronischer

Pankreopathie mit Ortnerischer Dysphagie bei uns mit ihrem Mann aufgenommen. Sie erlitt bei uns innerhalb von 2 Monaten mehrere subendokardiale Micro-Infarkte und wurde dadurch ans Bett gefesselt. Die psychische Belastung der vegetativ sehr labilen, in stark reduziertem Allgemeinzustand befindliche Patientin wurde durch das Leiden ihres Mannes — Prostatakarzinom, dazu schwere zerebrale Gefäßsklerose mit Demenz — erheblich verstärkt.

Da sich der Zustand unter einer umfassenden, üblichen medikamentösen Behandlung immer mehr verschlechterte, setzten wir *Dilution 6* ein und zwar injizierten wir innerhalb 1 Woche 3mal Stärke 1 subcutan.

Nach dieser 1. Woche verstarb der Ehemann, und wir hatten ganz erhebliche Bedenken, ob sie die Nachricht überleben würde. Zu meiner größten Überraschung hat die Patientin den Schock ohne irgendwelche gesundheitlichen Folgen mit Gleichmut überstanden. Im Gegenteil, nach 6monatiger ständiger Bettruhe hat sie nach der 1. Injektionsserie Stärke 1 das Bett wieder verlassen und die Gehversuche machten gute Fortschritte.

4 Tage nach Abschluß der ersten Injektionen Stärke 1 injizierten wir in 1 Woche 2mal Stärke 2 und in der darauffolgenden Woche 1mal Stärke 3.

Nach Abschluß der Injektionsserie konnte die Patientin auf eigenen Wunsch — diesmal sogar nicht gegen ärztlichen Rat — nach Hause entlassen werden. Es geht ihr blendend!

**4. Fall:** Seit Jahren betreuen wir eine jetzt 73jährige Patientin mit einer endogenen Depression, die zeitweise von akuten psychotischen Schüben durchbrochen wurde. Die Patientin saß völlig teilnahmslos in ihrem Zimmer, ein Gespräch war nicht möglich, sie war verwirrt, zeitlich und örtlich desorientiert. Die übliche Therapie mit Psychopharmaka zeigte keinen Erfolg. Hier gaben wir *Dilution 11 (Großhirn)* Stärke 1—3 und anschließend Trockensubstanz. Die Injektionen wurden wie üblich, 1. Woche 2mal Stärke 1, 2. Woche 2mal Stärke 2, 3. Woche 1mal Stärke 3 verabfolgt.

Bereits nach der zweiten Injektion *Dilution 11* Stärke 1 konnte man sich mit der Patientin wieder unterhalten, das Altdächtnis wurde klar und auch das Neugedächtnis zeigte einige Lichtblicke. 3 Wochen nach Beendigung der Injektionsserie trat ein Rezidiv auf, das mit 2 Injektionen *Dilution 11* Stärke 1 sofort wieder verschwand.

**5. Fall:** Eine 79jährige Patientin mit fortgeschrittener zerebraler Gefäßsklerose war völlig dement, zeitlich und örtlich desorientiert. Wir injizierten *Dilution 11* Stärke 1—3. Bereits nach der 2. Injektion Stärke 1 wurde die Patientin aggressiv und aufdringlich. Nach der 2. Injektion Stärke 2 war dieser Zustand völlig verschwunden, die Patientin wurde ruhig und zugänglich. Die geistige Leistungsfähigkeit war wesentlich gebessert, wobei vor allem das Neugedächtnis erfreuliche Fortschritte zeigte. Diese Patientin, bei der wir eine Verlegung in ein Bezirkskrankenhaus in Erwägung gezogen hatten, wurde gemeinschaftsfähig und kann heute nach wie vor bei uns betreut werden.

Ich habe bewußt einige Fälle wahllos herausgegriffen, um Ihnen zu zeigen, daß selbst in hoffnungslosen Fällen therapeutisch noch etwas erreicht werden kann. Zusammenfassend möchte ich folgende Gesichtspunkte herausgreifen:

Nach unserer Erfahrungsforschung gelingt es mit Revitorgan-Präparaten in der Geriatrie Erfolge zu erzielen, wie sie bisher mit anderen Präparaten nicht bekannt geworden sind. Wir können immerhin eine Erfolgsquote von 64 % verzeichnen, wobei wir nur

für den Patienten eindeutige Besserungen einbezogen haben. In 36 % aller Fälle zeigen Revitorgan-Präparate keine oder nur unwesentliche Veränderungen des Krankheitsbildes. Ich möchte jedoch betonen, daß es sich bei den Mißerfolgen größtenteils um Patienten im Greisenalter um 90 Jahre handelt, die biologisch völlig dekompensiert waren und zudem noch an konsumierenden Erkrankungen litten.

Die Überlegung, daß in der Geriatrie verschiedene Mischpräparate wegen der Polymorbidität gegenüber einer gezielten Organtherapie zweckmäßiger sind, hat sich nach unseren Erfahrungen nicht bestätigen lassen. Eine gezielte Organtherapie mit 1 oder 2 Präparaten hat sich uns als erfolgreicher erwiesen. Entweder handelt es sich nur um scheinbar voneinander unabhängige gleichzeitig auftretende Erkrankungen oder aber eine gezielte Organtherapie

wirkt neben der eigentlichen Organwirkung auch noch stimulierend auf das aktive Parenchym.

Die Beobachtungszeit ist noch zu kurz um etwas darüber aussagen zu können, ob die Revitorgan-Präparate in der Lage sind, das biologische Altern zu verlangsamen. Schon im Mittelalter haben die Alchemisten vergeblich versucht, das Elixier der ewigen Jugend zu finden. Auch heute ist es uns noch nicht möglich dem alten Menschen die Bürde der Jahre von den Schultern zu nehmen, wohl können wir Ihnen aber die Last erleichtern. Auch beim chronisch kranken alten Menschen brauchen wir nicht zu resignieren, denn „aegrotō dum anima est, spes est“ — solange der Kranke atmet, ist Hoffnung.

(Anschr. d. Verf.: Dr. med. W. Jansen, 8500 Nürnberg 5,  
Veilhofstr. 34)

---

Die der „Erfahrungsheilkunde“ eingeschickten Manuskripte dürfen nicht gleichzeitig anderen Zeitschriften zur Veröffentlichung angeboten werden. Im allgemeinen werden nur Arbeiten als Erstdruck angenommen. Mit der Annahme des Manuskriptes durch die Schriftleitung und den Verlag tritt der Autor sowohl das alleinige Abdrucksrecht für diese Zeitschrift als auch für andere Nachdrucke und Vervielfältigungen an den Verlag ab. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes, der photomechanischen Wiedergabe, der Herstellung von photographischen Vervielfältigungen, Mikrofilmen u. ä. und die der Übersetzung ganz oder teilweise bleiben dem Verlage vorbehalten. Das Rahmenabkommen bez. Fotokopien und Mikrokopien zwischen dem „Börsenverein des Deutschen Buchhandels“ und dem „Bundesverband der Deutschen Industrie“ vom 14. 6. 1958 ist gültig (10-Pf.-Wertmarke pro Seite).