

Behandlung hirnorganischer Störungen von Alterspatienten

Eine klinische Doppelblindstudie mit makromolekularen Organlysaten
(Zytoplasmatische Therapie nach Theurer)

W. Jansen und G. W. Brückner, Altenkrankenhaus Nürnberg

Im kontrollierten Doppelblindversuch an drei durch Vorselektion und Randomisierung zusammengestellten Gruppen mit je 35 Probanden (Verum-, Plazebo-, Kontrollgruppe ohne Medikation) ließ sich die therapeutische Wirksamkeit von makromolekularen Zellinhaltsstoffen bestätigen. Die Revitorgan-Präparate Neygeront „N“, Dilution Nr. 6 (fetales Herz), Nr. 11 (Gehirnrinde) sowie die Trockensubstanz Nr. 6, 64 B (Kombinationspräparat) und Lingual Nr. 64, 69, 96 haben bei der Behandlung hirnorganisch bedingter Störungen von Alterspatienten hinsichtlich der Konzentrationsfähigkeit, der zerebral gesteuerten Wahrnehmung und Befindlichkeit zu statistisch objektivierbaren zerebralen Leistungssteigerungen geführt.

Die Zytoplasmatische Therapie ist praktische Konsequenz aus Forschungsergebnissen der Immunologie und Molekularbiologie (Theurer, 1956). Ihr Wirkprinzip ist heute durch breite Grundlagenforschung (Jachertz, 1963; Rütger, 1964; Letnansky, 1973, 1974, 1977; Wanderka, 1967, 1974; Wigge, 1975; Lipp, 1977) sowie zahlreiche Studien aus Klinik und Praxis belegt: u. a. Fuchs, 1975 (1); Lindstaedt, Wahn, 1975 (5); Ohntrup, 1974 (6); Hoffmann, 1978 (2).

Das Behandlungsprinzip besteht in der Anregung von Selbstheilungsvorgängen durch Zufuhr lebenswichtiger Organsubstanzen in nativer, unmittelbar wirksamer Form. Die Zytoplasmatische Therapie basiert auf schonend aufgeschlossenen makromolekularen Zellinhaltsstoffen, die nach immunologischen und molekularbiologischen Gesichtspunkten dosiert werden.

Über erste Erfahrungen mit dieser medikamentösen Therapieform bei geriatrischen Patienten mit zerebral induzierten Ausfallerscheinungen berichtete u. a. Jansen, 1969 (3). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Autoren zeigten sich therapeutische Wirkeffekte regenerierender Art.

Die Eiweißsynthese nimmt im Alter ab. An der rein vaskulären Ursache des altersbedingten Parenchymschadens des Gehirns wird neuerdings gezweifelt.

Nach dem heutigen Stand des Wissens liegen diesen zerebralen Altersveränderungen folgende molekulare Ursachen zugrunde:

- gestörte bzw. eingeschränkte Übertragung genetischer Information auf die Protein-synthetisierenden Zellorganellen,
- zunehmende Fehlerhäufigkeit bei der Enzym-Eiweißsynthese,
- Abnahme der Enzymadaptation auf gesteigerte metabolische Leistungen und damit verbunden eine verminderte Fähigkeit des Gehirns, die metabolische und funktionelle Homöostase aufrechtzuerhalten.

Diese molekularen Defektzustände einer zerebralen Leistungsinsuffizienz äußern sich klinisch in einem Nachlassen der gesamten Leistungsfähigkeit mit rascher Ermüdbarkeit, Abnahme der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, erhöhter Reizbarkeit, Affektlabilität sowie Lärmempfindlichkeit. Meist kommen noch Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Schwindel hinzu.

Ein „Geriatrikum“, das in der Lage sein soll, eine durch gestörte Proteinsynthese hervorgerufene Alterssymptomatik des Gehirns zu beeinflussen, muß bestimmte Eigenschaften haben: In erster Linie hat es die Aufgabe, potentiell funktionsfähige bzw. funktionstüchtige Zellen durch Zufuhr von physiol. Induktionsstimuli wieder zur Synthese von wichtigen Stoffwechselmetaboliten anzuregen, um dadurch die metabolische und funktionelle Homöostase des Gehirns wieder herzustellen und die psychomotorische Leistung und Vigilanz des Alternden zu verbessern.

Protoplasmatische Substanzen bieten sich aufgrund des breiten Wirkungsspektrums natürlicher Zellinhaltsstoffe, wie Nukleinsäuren, Proteine und Lipide, geradezu an, zumal in breit angelegten tierexperimentellen Untersuchungen die Organspezifität derartiger Zellwirkstoffe belegt werden konnte. So zeigten insbesondere makromolekulare Zellextrakte aus Großhirn einen spezifisch die Proteinbiosynthese des Gehirns stimulierenden Einfluß (Axmann, 1973) (Abb. 1).

Obgleich im Tierversuch die Wirkung von Pharmaka auf den Gehirnstoffwechsel objektiv und direkt nachzuweisen ist, sind derartige Experimente beim Menschen in dieser Form

nicht anwendbar. Man ist deshalb auf indirekte Nachweise angewiesen, wie etwa psychologische Leistungstests, die Rückschlüsse auf eine Beeinflussbarkeit des Gehirnstoffwechsels erlauben. Erste Schritte auf eine psychometrische Objektivierung zytoplasmatischer Präparate bei Alterspatienten erfolgten im Rahmen einer Pilotstudie: Jansen, Brückner, 1976 (4).

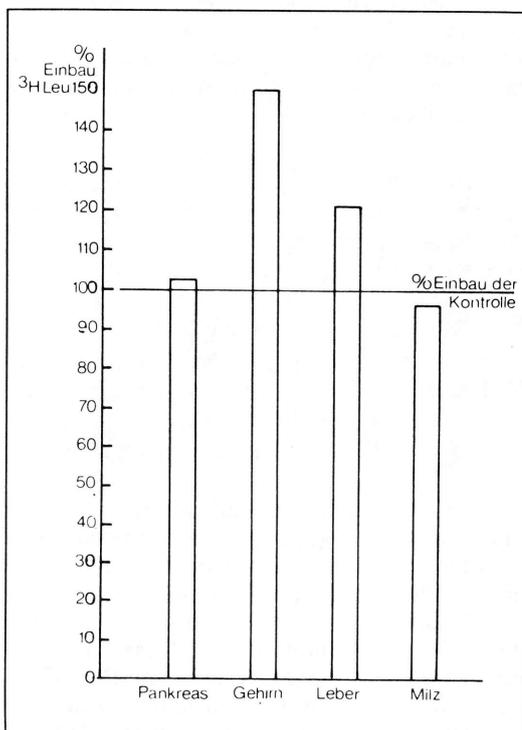
Die Durchführung einer beweiskräftigen Studie beruht nach den heutigen Anforderungen auf der Erfüllung einer Reihe von methodischen Voraussetzungen, die nur im multiplen Untersuchungsprojekt allen Kriterien gerecht werden können. Aus diesem Grunde entschlossen wir uns zu einem multivarianten Ansatz.

Methodik

Die Arbeit wurde angelegt als Doppelblindstudie im Vergleich zwischen makromolekularen Zellinhaltsstoffen (Verum), Placebo- sowie Kontrollgruppe (ohne Medikation). Die Kontrollgruppe diente dazu, reine Lerneffekte methodisch in den Griff zu bekommen und sie von Placeboeffekten zu trennen. Damit wird eine sichere quantitative Aussage über Wirkeffekte möglich. Folgende zytoplasmatische Präparate wurden eingesetzt: Revitorgan*-Dilutionen 6 und 11, Neygeront 64 N, Revitorgan-Trockensubstanzen 6 und 64 B, Revitorgan-Lingual 64, 69, 96. Die Patienten der Placebo-Gruppe erhielten statt der genannten Dilutionen und Lingual-Präparate physiol. Kochsalzlösung, die

* vitOrgan Arzneimittelfabrik Dr. Theurer GmbH. + Co. KG., Postf. 4240, D-7302 Ostfildern 1.

Abb. 1: Zytoplasmatische Gehirnextrakte 0,5 ml (10^{-3} g/ml) wurden Sprague-Dawley-Ratten i.p. injiziert, die Ratten 24 Stunden nach der Injektion getötet und die entsprechenden Organe (Pankreas, Gehirn, Leber, Milz) entnommen und der 700-G-Überstand zum Nachweis der Proteinbiosynthese anhand des ^3H -Leucin-Einbaues bestimmt.



Trockensubstanzen wurden durch chromatografisch reines Humanalbumin ersetzt. Jede Gruppe bestand aus 35 Patienten beiderlei Geschlechts (21 Männer, 84 Frauen). Das Durchschnittsalter der Patienten lag bei 71,04 Jahren. Jeweils drei nach Geschlecht, Alter und Intelligenz sich entsprechende Patienten wurden per Randomisierung auf eine der drei Gruppen verteilt.

Die Beurteilung der Intelligenz erfolgte mit dem in der Psychopathometrie eingeführten MWT, ein Verfahren, das weitgehend unabhängig von seelisch-geistigen Störungen ist. Über die Feststellung des aktuellen Intelligenzquotienten ermöglicht dieser Kurztest die Abschätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus. Neben der gleichmäßigen Aufteilung auf die drei Untersuchungsgruppen wurde damit eine Vorselektion getroffen, bei der nur Patienten mit mindestens knapp durchschnittlichem IQ in die Studie einbezogen wurden.

Verschiedene Meßverfahren wurden zur Beurteilung der Wirksamkeit organotherapeutischer Substanzen herangezogen:

Benton-Test: Er dient zur Feststellung von Hirnleistungsstörungen. Bei bekannter oder aus anderen Untersuchungen erschlossener prämorbidem Intelligenzhöhe gibt der Benton-Test für Patienten mit hirnorganischen Störungen, dementiven Abbauprozessen Hinweise, die sich mit der klinischen Untersuchung und Beobachtung decken. Der Benton-Test ist unabhängig von situationsgebundenen oder neurotischen, passageren oder chronischen Intelligenzhemmungen.

Der Flimmer-Verschmelzungs-Frequenz-Analysator: Ursprünglich im Rahmen der Ermüdungsforschung eingesetzt, liegen mit diesem Test eindeutige Befunde vor, wonach die Reduzierung der Grenzschwelle Hinweise auf zerebrale Ausfallserscheinungen gibt (Böger, 1975).

Mosaik-Test aus dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene: Der Test prüft analytische wie synthetische Fähigkeiten und gilt als ein guter Maßstab der allgemeinen Intelligenz. Es werden die Kombinationsfähigkeit, das räumliche Vorstellungsvermögen und die visuell-motorische Koordination geprüft.

Leistungsprüfgerät: (Pauli-Test) Prüfung der Konzentrationsleistung sowie der Fähigkeit zur konzentrierten Dauerleistung als Ausdruck des Hirnfunktionsniveaus (erweitertes Pauli-Testgerät).

Alle eingesetzten psychometrischen Testverfahren haben hohen Aufforderungscharakter und sind weitgehend unanfällig gegen optische sowie akustische Ausfälle. Die Durchführungsobjektivität ist in sehr hohem Maße gegeben.

Zur ärztlichen Beurteilung der Befindlichkeit der Patienten wurde eine Fremdbeurteilungsskala herangezogen, die eine Reihe von Einzelmerkmalen erfaßte: Konzentrationschwäche, Merkschwäche, Antriebsschwäche, Depression, Reizbarkeit, Angst, Kontaktstörung, Einschlafstörung, Durchschlafstörung, Kopfschmerzen, Schwindel, Ermüdbarkeit, Appetitlosigkeit.

Folgende Labordaten wurden erhoben: Hämoglobin, Erythrozyten, Leukozyten, Retikulozyten, Thrombozyten, Bilirubin, alkalische

**Jansen, W.,
Brückner, G. W.:
Behandlung
hirnorganischer
Störungen**

Phosphate, SGPT, SGOT, Triglyzeride, BSR, Kreatinin, Harnstoff, Gesamtcholesterin. Die Beurteilung und Erhebung der Labordaten erfolgten parallel zu den psychometrischen Untersuchungen und ärztlichen Beurteilungen.

Sämtliche zerebralaktiven Substanzen wurden spätestens 14 Tage vor Beginn der Studie abgesetzt und im Verlauf auch nicht gegeben. Die Medikation erfolgte streng nach Behandlungsschema mit einheitlichem Beginn am gleichen Tag für alle Patienten (Behandlungsschema siehe Tab. 1). Der erste Medikationsabschnitt zog sich über 47 Tage hinweg, unmittelbar darauf folgte die zweite Hauptuntersuchung bzw. Datenerhebung. Am 50. Tag wurde mit den Trockensubstanzen Nr. 6 und 64 B die zweite Phase der Behandlung lt. Schema eingeleitet. Die orale Einnahme der Tropfen wurde noch weitere 25 Tage bis zur 3. und abschließenden Hauptuntersuchung weitergeführt.

Datenverarbeitung

Die Auswahl der Markiervariablen erfolgte mit Hilfe der Faktorenanalyse, die Querschnittsvergleiche zwischen den drei Behand-

Tab. 1: Therapieschema Klinische Doppelblindstudie: Intramuskuläre Applikation von je 2 ml Revitorgan-Dilution Nr. 6 (foet. Herz), Nr. 11 (jugendl. Gehirnextrakt), Nr. 64 N (Neygeront®; Kombinationspräparat aus totalem Foet, Thymus, Zwischenhirn, Gehirnrinde, Schilddrüse, Amnion, Keimdrüse, Nebenniere, Bindegewebe, Herz, Niere, Aorta, Leber, Milz, Magen-Darm-Schleimhaut). Stärke II entspricht 10⁻⁹ g/ml, Stärke III entspricht 10⁻⁶ g/ml.

1. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	6/II 11/II 64 N/II	4. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	 11/II 64 N/II
2. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	6/II 11/II	5. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	 11/II 6/II
3. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	64 N/II 6/II	6. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	64 N/II 6/III
7. Woche	Mo Di Mi Do Fr Sa So	11/III 64 N/II	An allen injektionsfreien Tagen 3 x 8 Tropfen L 64, 69, 96 tägl. im Wechsel		
	Mo	Trs. 6 + 64			

lungsansätzen für die ausgewählten Parameter durch Medianvergleich.

Die Auswertung wurde non-parametrisch durchgeführt, da der Charakter des Intervallniveaus der Daten nicht sicher vorauszusehen war. Eine Beurteilung der effektiven Wirkveränderungen im Verlauf der Untersuchung erfolgte mit Chi-Quadrat-Testen (Vier-Feldertafel) gesondert für jede Markiervariable bei jeder der drei Untersuchungsgruppen über die Untersuchungszeitpunkte (1:2 Hauptuntersuchung HU; 2:3 HU; 1:3 HU) im Längsschnittvergleich. Unterschiedliche Verläufe für die drei Untersuchungsgruppen dienen zur Objektivierung von medikamentösen Wirkeffekten.

Ergebnisse

Die faktorenanalytische Aufbereitung der insgesamt 23 einzelnen Variablen führte zu 7 Faktoren, die für die weitere Beurteilung in Frage kamen, 2 davon am höchsten ladend. Ein Faktor, der sogenannte „General-Faktor“ (G-Faktor), umfaßt quasi die gesamte psychometrische Testbatterie, spezifiziert also nicht zwischen Intelligenz, Konzentrations- und anderen zerebralen Leistungsparametern. Der zweite Faktor enthält überwiegend Variablen der Beurteilungsskala. Faktor 1 deckt dabei insgesamt 56 % der Gesamtvarianz ab, beide Faktoren zusammen 75,4 %. Es ist deshalb wenig sinnvoll, die Faktoren 3 bis 7 einzeln zu interpretieren, sie haben für die Beurteilung einer therapeutischen Wirkung praktisch keine weitere Bedeutung.

In allen drei Untersuchungsgruppen zeigten sich gewisse Verbesserungen. Ein reiner Querschnittsvergleich der Mediane führte zu keinen statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den drei Untersuchungsgruppen. Gründe waren erhebliche Unterschiede in den Ausgangswerten zwischen den drei Gruppen, die eine methodische Differenzierung auf dieser Basis erschwerten. Der in der Tendenz gleichsinnige Verlauf der drei Gruppen zur Besserung beruht auf Lerneffekten, die bei psychometrischen Testverfahren in die Beurteilung miteinzubeziehen sind.

Eine eindeutige Differenzierung der Gruppen – und damit auch Objektivierung der Medikamentenwirkung – erlaubt jedoch der Längsschnittvergleich. In der Langzeitbeurteilung (Vergleich der 1. HU zur 3. HU), also der Betrachtung einer Gruppe über den gesamten Untersuchungsverlauf, ergaben sich lediglich bei der Verum-Gruppe statistisch hoch signifikante Verbesserungen, nicht jedoch in der Plazebo- und Kontrollgruppe.

Zum Ausschluß von Zufallstreffern wurden nicht nur die sogenannten Markiervariablen für den Vergleich herangezogen, sondern aus der psychometrischen Untersuchungsbatterie drei Repräsentanten des Faktors 1, und zwar die Treffer im *Benton*-Test, die Gesamtleistung im *Mosaiktest* und die Treffer im *Pauli*-Test. Als Repräsentanten der Beurteilungskategorie im Faktor 2 wurden als am höchsten „ladend“

die Merkschwäche und die Durchschlafstörung gewählt.

Jeweils die gebesserten Werte wurden mit den gleichgebliebenen bzw. verschlechterten vom 1. zum 3. Durchgang in Bezug gesetzt. Im *Benton-Test* (hirnorganisch determinierte Wahrnehmungsausfälle) zeigen sich statistisch gesicherte Leistungssteigerungen im Vergleich zur Plazebo- und Kontrollgruppe. Dieser eindeutige Medikationseffekt überlagert deutlich reine Lerneffekte. Signifikante Medikamenteneffekte zeigen sich für die Verum-Gruppe auch beim *Mosaiktest*, ebenso wie beim *Pauli-Test* (Abb. 2).

Die ärztliche Beurteilung zeigt bezüglich der Markiervariablen „Merkschwäche“, das identische Bild, wie die psychometrischen Verfahren. Hinsichtlich der variablen „Durchschlafstörungen“ treten in allen 3 Gruppen über den Langzeitverlauf Veränderungen im Sinne einer Abnahme der Störungen auf (Abb. 3). Dieses Ergebnis läßt sich folgendermaßen interpretieren: Die Patienten sind sinnvoller beschäftigt, aktiviert und im Zusammenhang mit der Behandlungs- und Untersuchungssituation so gefordert worden, daß hieraus ein besserer Schlafrythmus resultierte.

Laborbefunde: Die breite Palette der üblichen Laborwerte wie Gesamtcholesterin, Triglyzeride, SGOT, SGPT, Kreatinin, Bilirubin, Hämoglobin usw. wurde regelmäßig überprüft. In allen Fällen bewegen sich die gefundenen Werte innerhalb der für das Alterskollektiv angegebenen Normwerte, es wurden keinerlei Extreme oder Extrem-Verschiebungen festgestellt.

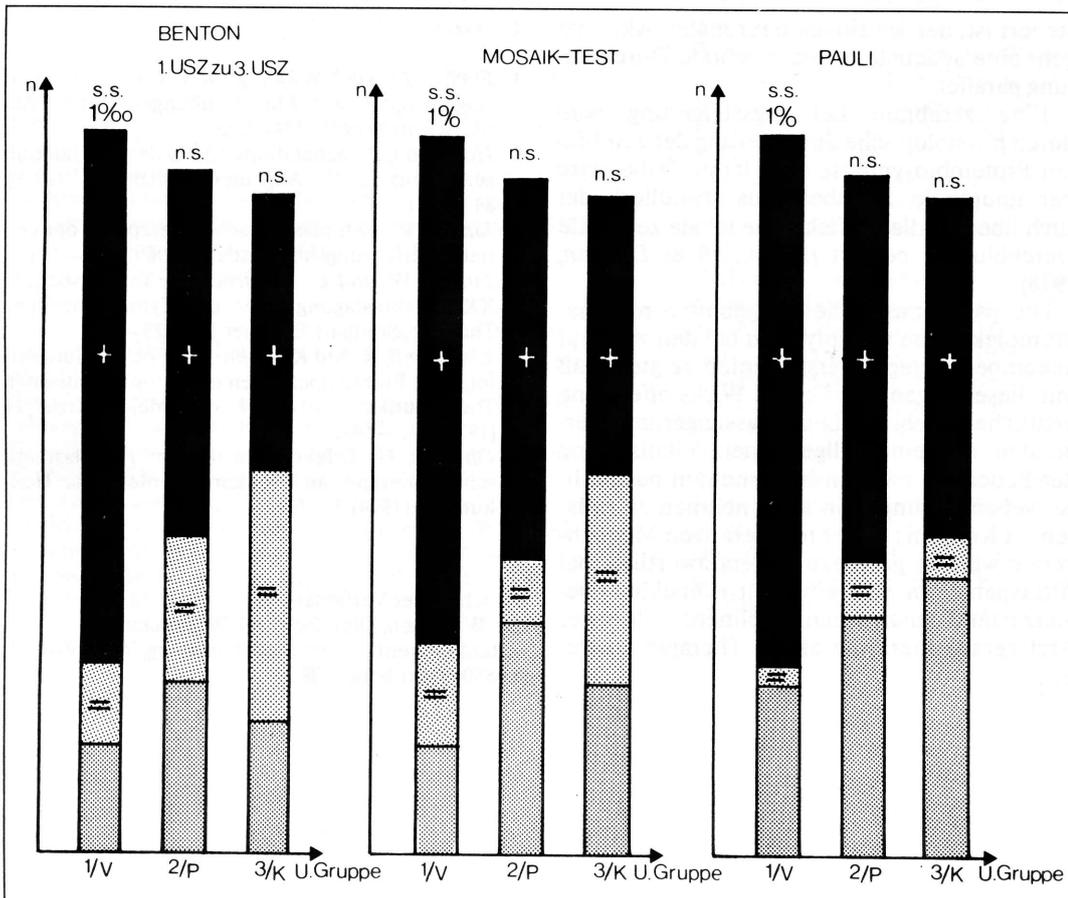
Verträglichkeit: Analog zu den Laborbefunden ist zur Verträglichkeit einheitlich festzustellen, daß die Bioverfügbarkeit und Pharmakokinetik trotz des im Alter generellen Schwundes an aktivem Parenchym einwandfrei waren. Die biologischen Präparate erwiesen sich als hervorragend verträglich, ohne irgendwelche Inkompatibilitäten zu zeigen.

Diskussion: An dem Phänomen „Altern“ sind wahrscheinlich mehrere Prozesse beteiligt: Erschöpfung des mitotischen Potentials, neurosekretorische Reduktion, Thymusaplasie, gestörte Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Organsystemen.

Interessant sind auch Befunde, daß sich Enzyme aus jungen oder alten humanen Leberzellkulturen (Phase 2 oder Phase 3 nach *Hayflick*) bezüglich der enzymatischen Aktivität und immunologischen Reaktivität identisch verhalten (*Kahn, 1977*). Ebenso erwiesen sich Gehirnproteine junger bzw. alter Mäuse elektrophoretisch identisch (*Vaughan, Calvin, 1977*). Diese Ergebnisse sprechen eigentlich gegen ein programmiertes Altern im Sinne eines systematischen Ausschaltens der Genaktivität. Ein Nachlassen des „Protein-Turnover“ im alternen Organismus liegt demnach wohl daran, daß es in dieser Lebensphase an zellspezifischen Induktionsstimuli mangelt. Hochmolekulare zytoplasmatische Organsubstanzen wirken auf Ebene des zellulären Synthese-Stoffwechsels. Voraussetzung dafür ist, daß die behandlungsbedürftigen Zellen im biologischen Sinne noch ansprechbar sind.

Es gilt als bewiesen, daß die Gehirndurchblutung zum überwiegenden Teil metabolisch ge-

Abb. 2



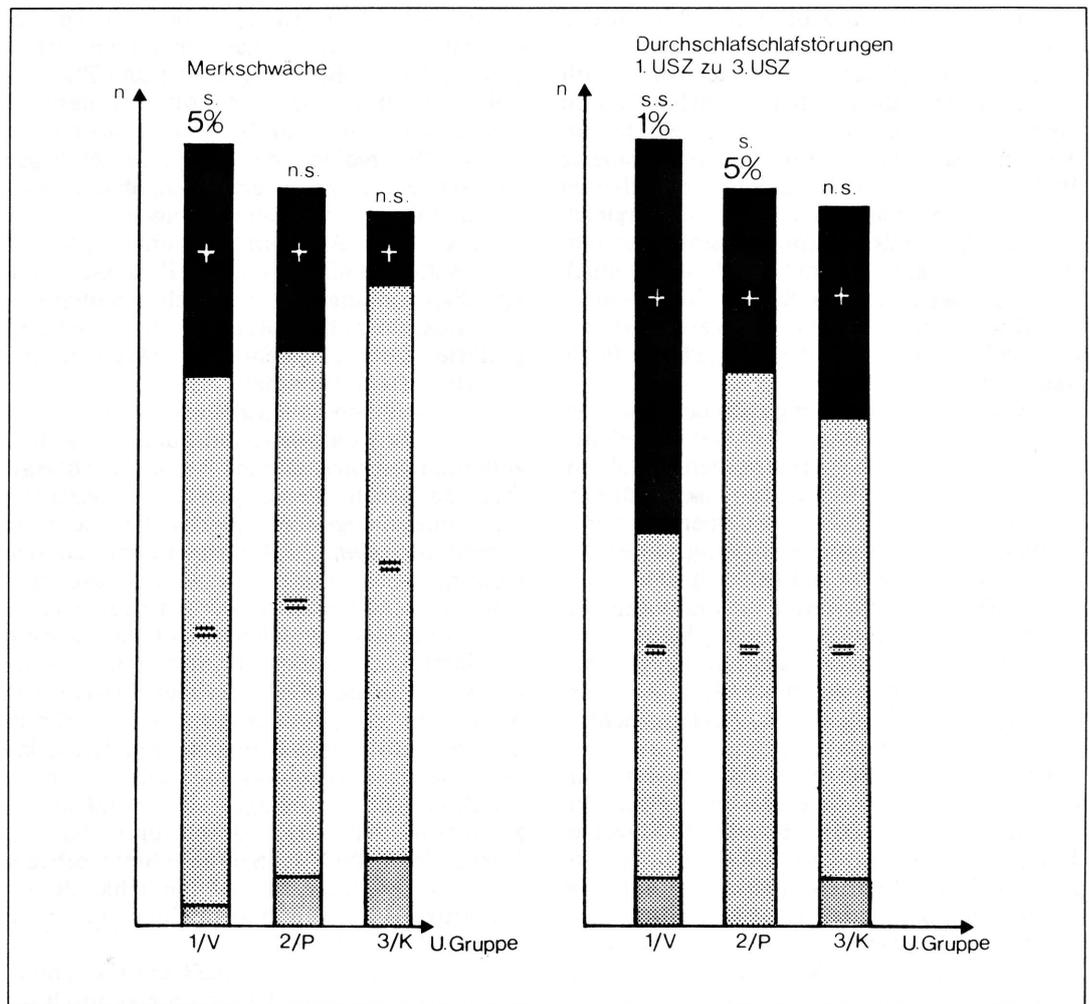


Abb. 3: V = Verum P = Plazebo K = Leergruppe (ohne Medikation).

steuert ist; der jeweiligen neuronalen Aktivität geht eine adäquate lokale zerebrale Durchblutung parallel.

Eine zerebrale Leistungssteigerung wird durch physiologische Stimulierung der zerebralen Proteinbiosynthese eingeleitet. Dabei wird der neuronale Metabolismus stimuliert, der auch über Mediatoreffekte die lokale zerebrale Durchblutung bessert (Ingvar, 1978; Larssen, 1978).

Die psychometrischen Ergebnisse mit makromolekularen Organlysaten bei den zerebral dekompensierten Alterspatienten zeigten, daß mit diesen organspezifischen Wirkstoffen eine deutliche zerebrale Leistungssteigerung, verbunden mit einer allgemeinen Vitalisierung der Patienten, möglich ist, ohne nun nachteilige Nebenwirkungen in Kauf nehmen zu müssen. In Kenntnis dieser regenerativen Möglichkeiten wäre es geradezu unverantwortlich, bei Alterspatienten von einem irreversiblen Defektzustand auszugehen. Vielmehr sollte der Arzt gerade hier eine aktive Therapie anstreben.

Literatur

1. Fuchs, J.: Die Wirkung von Conjunctisan-A-Augentropfen auf Linsentrübungen. Med. Monatsschrift 5 (1975), 224–225.
2. Hoffmann, Z.: Behandlung von Gelenkerkrankungen. Zeitschr. f. Allgemeinmedizin 15 (1978), 847–851.
3. Jansen, W.: Zytoplasmatische Therapie in der Geriatrie. Erfahrungsheilkunde 11 (1969), 396–398.
4. Jansen, W. und G. W. Brückner: Tagungsbericht XXII. Jahrestagung über die Zytoplasmatische Therapie, Stuttgart, Oktober 1976, 28–29.
5. Lindstaedt, R. und K. Wahn: Über Behandlungserfolge bei Problempatienten mit zytoplasmatischen Therapeutika. Zeitschr. f. Allgemeinmedizin 11 (1975), 545–548.
6. Ohntrup, H.: Erfahrungen mit der Zytoplasmatischen Therapie an Problempatienten. Die Heilkunst 10 (1974), 1–3.

Anschrift der Verfasser:

Dr. W. Jansen, Dipl.-Psych. G. W. Brückner,
Altenkrankenhaus der Stadt Nürnberg, Veilhofstr. 34,
D-8500 Nürnberg. ■

Literatur zur Zytoplasmatischen Therapie

Allgemeinmedizin

Über die Modifikation der Eigenblutbehandlung nach THEURER: Die Behandlung mit Antikörperfragmenten (Immuno-logisches Enhancement). P. SCHWARZ. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 30, 1576—1579 (1971).

Biologische Immunsuppression und molekulare Regeneration durch Zytoplasmatische Therapie. K. THEURER. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 5, 234—237 (1972).

Steigerung der unspezifischen Abwehr trotz spezifischer Heilmittel? H. PETER. Physikalische Medizin und Rehabilitation, 9, 275—277 (1972).

Kausale Behandlung chronischer und rezidivierender Kopfschmerzen mit organo- und immunotherapeutischen Methoden. K. THEURER. Physikalische Medizin und Rehabilitation, 3, 60—63 (1971).

Weshalb finden biologische Umstimmungsmethoden noch wenig Resonanz in Schulmedizin und Klinik? K. THEURER. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 15, 717—718 (1974).

Erfahrungen mit der Zytoplasmatischen Therapie an Problempatienten. H. OHNTRUP. Die Heilkunst, 10, 1—3 (1974).

Proinsulin — Peptidasesystem. K. THEURER. Ärztliche Praxis, 29, 1426 (1977).

Eine biologische Alternative. H. PORCHER. Ärztliche Praxis, 20, 973—974 (1977).

Standortbestimmung: Zytoplasmatische Therapie und Gegsensensibilisierung. H. PORCHER. Erfahrungsheilkunde, 6, 311—315 (1977).

Versuche mit Insulin per os. K. THEURER et al. Ärztliche Praxis, 100, 4078—4080 (1977).

Über Behandlungserfolge bei Problempatienten mit zytoplasmatischen Therapeutika. R. LINDSTAEDT u. K. WAHN. Allgemeinmedizin, 11, 545—548 (1975).

Immunologie

Die sogenannte Dysbakterie als Ausdruck einer Störung der Synthese von IgA-Antikörpern und ihre Behandlung. K. THEURER. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 8, 421—423 (1971).

Modifikationen der Eigenblutbehandlung — Die Gegsensensibilisierung und die Behandlung mit Antikörperfragmenten. K. THEURER. Physikalische Medizin und Rehabilitation, 12, 266—268 (1974).

Immunantwort läßt sich spezifisch unterdrücken. K. THEURER. Ärztliche Praxis, 78, 3205 (1977).

Prävention der Transplantatabstoßung. K. THEURER. Ärztliche Praxis, 58, 2649 (1977).

Die ersten Eileitertransplantationen. G. SILLO-SEIDL. Acta Europae Fertilitatis 4, 585—598 (1976).

Antisensitization in the cases of organ transplants. G. SILLO-SEIDL, Urologia, 3, 1—3 (1977).

Geriatric

Die Zytoplasmatische Therapie — eine gezielte Regenerations-therapie. K. THEURER. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, 58, 1 (1969).

Zytoplasmatische Therapie in der Geriatrie. W. JANSEN. Erfahrungsheilkunde, 11, 396—398 (1969).

Grundlagenforschung weist nach: Revitalisierung möglich. H. PORCHER. Ärztliche Praxis, 29, 1461 (1977).

Das Lern- und Anpassungsverhalten von Alttieren unter Applikation zytoplasmatischer Substanzen. H. WANDERKA. Zeitschrift für präklinische Geriatrie, 10, 265—274 (1975).

Rezeptorentheorie in der Geriatrie. K. THEURER. Ärztliche Praxis, 67, 2823—2824 (1977).

Orthopädie

Fokalerkrankungen des Bewegungsapparates — Gegsensensibilisierung und Zytoplasmatische Therapie. Z. HOFFMANN. Orthopädische Praxis, 4, (1968).

Erfahrungen mit Eigenblutbehandlung bei chronischen Erkrankungen der Bewegungsorgane. G. BREZNAY. Erfahrungsheilkunde, 6, 1—6 (1967).

Onkologie

Hochmolekulare Organextrakte bei Krebsleiden. K. THEURER. Physikalische Medizin und Rehabilitation, 7, 144—146 (1975).

Die multifaktorielle immunologische Krebstherapie in der Urologie. H. J. REUTER. Helvetica Chirurgica Acta, 43, 279—283 (1976).

Organotherapeutische Adjuvantien in der immunologischen Krebsprophylaxe und -therapie. K. THEURER. Krebsgeschehen, 4, 85—89 (1977).

Ophthalmologie

Die Wirkung von Conjunctisan-A-Augentropfen auf Linsen-trübungen. J. FUCHS. Medizinische Monatsschrift, 5, 224 bis 225 (1975).

Zahnmedizin

Klinische Studie über die Möglichkeit der Zytoplasmatischen Therapie bei Parodontopathien. E. SCHUH. Zahnärztliche Praxis, 3, 63 (1974).

Grundlagenforschung

Prüfung der Wirksamkeit von Organextrakten an einem zell-freien System aus Hela-Zellen. D. JACHERTS et al. Medizinische Klinik, 18, 752—754 (1963).

Die Bearbeitung zytoplasmatischer Probleme unter Verwendung von Radioeweißkörpern. W. RÜTHER et al. Medizinische Klinik, 17, 691—694 (1964).

Wissenschaftliche Grundlagen der Zytoplasmatischen Therapie. H. L. MICHALEK. Erfahrungsheilkunde, 11, 2—6 (1969).

Stoffwechselregulatoren der Placenta und ihre Wirkung in Normal- und Tumorzellen. K. LETNANSKY. Exp. Path., 8, 205—212 (19173).

Tumorspezifische Faktoren der Placenta und Zellproliferation. K. LETNANSKY, Exp. Path., 9, 354—360 (1974).

Faktoren aus der Placenta, welche das Zellwachstum beeinflussen. K. LETNANSKY. Österr. Zeitschrift für Onkologie, 2, 31—37 (1974).

Versuche zur Charakterisierung eines tumorspezifischen Inhibitors aus dem mütterlichen Anteil der Rinderplacenta. K. LETNANSKY. Österr. Zeitschrift für Onkologie, 2/3, 42—46 (1977).

Verhütung von Wachstums- und Entwicklungsstörungen bei Salamanderlarven und -jungtieren durch Wirkstoff- und Organ-Kombinationspräparate. H. A. WANDERKA. Der praktische Tierarzt, 6, 324—328 (1974).

Untersuchungen über die Wirkung organspezifischer Substanzen auf die Spätfolgen der im Experiment geschädigten Lebern von Albinoratten. B. WIGGE. Kleintierpraxis, 4, 131 bis 136 (1975).

Anhebung der Streßadaption durch eine Therapie mit zellulären Substanzen. H. WANDERKA. Der praktische Tierarzt, 2 (1967).

Die Wirkung von Hühner-Embryonal-Extrakten auf Gewebe und Zellen in Kultur. R. LIPP. Zeitschrift für Tierphysiologie, Tierernährung und Futtermittelkunde, 1, 35—47 (1977).

Organo- und Immunotherapie: Der biologische Weg in der Krebsbehandlung

Behandlungsschema für Neoplasmen

Blutentnahme für Immunstimulation (GS) in Venüle mit Zitratzusatz			
1. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 29	(foetaler u. juveniler Thymus)	i.m.
2. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.v.
3. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.v.
4. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 1 + Nr. 19	(foetale Leber) (Testes ohne Spermatogenese bei Mammatumoren)	i.m.
	oder+	Nr. 17 (Ovar - bei Prostatacarcinom)	
5. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml s.c. oder i.m.
6. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
7. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
8. Tag	REVITORGAN-Trs. Nr. 66	(Organmischung)	i.m.
10. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29	Stärke II (Thymus)	2 ml s.c. oder i.m.
12. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
14. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29	Stärke II (Thymus)	2 ml i.m.
16. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
19. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29	Stärke II (Thymus)	2 ml i.m.
21. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
24. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29	Stärke II (Thymus)	2 ml i.m.
27. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
30. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 29	Stärke II (Thymus)	2 ml i.m.
33. Tag	REVITORGAN-Dil. Nr. 70	Stärke II (Dezidua)	5 ml i.m.
37. Tag	GS Verdünnung	10 ⁻⁴	0,5 ml s.c.
42. Tag	GS Verdünnung	10 ⁻⁴	0,5 ml s.c.
49. Tag	GS Verdünnung	10 ⁻²	0,5 ml i.m.
57. Tag	GS Verdünnung	10 ⁻²	1,0 ml i.m.

Angriffspunkte:

1. Biologische Stimulierung des Immunsystems und der mesenchymalen Gewebe (H. Wrba, E. Sorkin, A. Mayr, H. Buschmann),
2. Durchbrechung der Immuntoleranz gegen Tumor- und Embryo-fetale Antigene (H. Wigzell),
3. Hemmung des Stoffwechsels von Tumorzellen (A. Geipel, K. Letnansky, G. Werth, V. Paffenholz und K. Theurer),
4. Normalisierung der Organfunktionen (V. Paffenholz, D. Jacherts),
5. Normalisierung der endokrinen Regulation (M. Rüsse, H. Kraft).

An den injektionsfreien Tagen und zur Nachbehandlung NEYTUMORIN-Lingual Nr. 66, 2 mal täglich 5-8 Tropfen. Die gesamte Injektionskur sollte in Abständen von einem viertel bis einem halben Jahr wiederholt werden. Zwischenzeitlich kann NEYTUMORIN-Lingual Nr. 66, zunächst 2 mal tgl., dann 1 mal tgl. und schließlich jeden 2. Tag 1 mal tgl. 5-8 Tropfen verordnet werden.

Revitorgan®
Trockensubstanzen, Dilutionen, Lingualpräparate = makromolekulare Organfaktoren in verschiedenen Verdünnungsstufen und Gegensensibilisierung (GS) = modifizierte Autosanguis-Therapie mit Serum-Aktivator® zur Ganzheitstherapie bei malignen Erkrankungen.



**vitOrgan-Arzneimittel
zur individuellen Organotherapie**