

Sonderdruck aus

# ERFAHRUNGSCHEILKUNDE

*Zeitschrift für diagnostische und therapeutische Sondermethoden*

Wissenschaftlicher Beirat: *Dr. H. Deichmann-Hannov.-Münden, Dipl. Naturarzt A. Eble-Basel-Oberwil, Dr. R. Gruner-Saulgau, Dr. L. Hardt-Asslar b. Wetzlar, Dr. E. Hartmann-Eberbach a. N., Dr. N. Krack-Moringen, Prof. Dr. Dr. H. Müller-Titisee, Dr. A. Pfister-Clarens-Montreux, Dr. S. Rilling-Stuttgart, Dr. Ernst Roscher-Frankfurt/M., Dr. H. Selzer-Schönmünzach/Schwarzw., Dr. R. Stahl-Mulhouse, Dr. E. Stiefvater-Freiburg, Ob.-Med.-Rat Dr. F. Vida-Karlsruhe, Dr. Dr. J. Wüst-München*

Schriftleiter: Dr. med. W. RINK, 8959 Hopfen am See, üb. Füssen/Allg.

KARL F. HAUG VERLAG - ULM/DONAU

---

Band XI

1962

Heft 4

---

## **Das cerebrale Anfallsleiden — ganzheitlich behandelt**

Von H. FRISCH

Die allgemeine Diagnose Epilepsie war bisher für den Kranken und seine Angehörigen eine schreckliche Offenbarung. Dabei ist die erbliche genuine Epilepsie glücklicherweise relativ selten und auch die Behandlungsaussichten dieser Art des cerebralen Krampfleidens haben sich beträchtlich gebessert. Schon aus psychologischen Gründen sollte man deshalb allgemein von cerebralem Krampfleiden sprechen. Es würde dadurch viel vermeidbarer Kummer erspart werden.

Hinter dem Begriff Epilepsie steht also keine einheitliche Genese. Er bedeutet mehr ein Symptom, das jedoch nur durch Übererregbarkeit motorischer Zentren des ZNS ausgelöst wird, wobei die eigentlichen Ursachen ganz verschieden sein können. Aus diesem Grund wird auch absichtlich der Diagnosebegriff Epilepsie oder epileptiformer Anfall in diesem Erfahrungsbericht nicht gebraucht, sondern es wird nur von cerebralem Krampfanfall schlechthin gesprochen.

Die Zunahme von cerebralen Anfallsleiden, die sich seit 1953 und seit der Grippewelle von 1957 besonders bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen zeigt, läßt auf eine infektiöse allergische Genese bei den Neuerkrankten schließen. Ich konnte oft eine familiäre Disposition zur Allergie feststellen, wenn Geschwister dieser Kranken unter Ekzemen und anderen allergisch-toxischen Krank-

heiten leiden. Für die infektiöse Ätiologie der Anhäufung cerebraler Anfalls-krankter spricht die Mitteilung von BETKE und KAISER, die 1951/52 in Südbaden bei Encephalomyelitiden mit katarrhalischen Erscheinungen „epileptiforme Zustände“ besonders häufig beobachten konnten. Die Encephalomyelitis mit cerebralen Erscheinungen trat — wie aus der Zusammenstellung von FREYMANN hervorgeht — um 1953 in mehreren benachbarten Ländern mit unterschiedlich schwerem Krankheitsverlauf auf. Auch ASPERGER stellt die unheilvolle Tatsache heraus, daß in der letzten Generation vor allem die virusbedingten Encephal- itiden (sowohl die parainfektösen, z. B. nach Masern oder Mumps, als auch die spontanen) um ein Vielfaches häufiger geworden sind und damit auch die Folge- zustände, u. a. die cerebralen Krampfanfälle. Darunter seien auch Fälle, bei denen es zu progredienter Hirnsklerose und damit zu schwerem Persönlichkeits- abbau und zu therapeutisch unbeeinflussbaren cerebralen Krampfanfällen kommt. Auch in der Allergisierungsphase der Virus-Grippe konnte ich bei einigen cerebral-disponierten Patienten cerebrale Reizerscheinungen beobach- ten, die über die vagotone Reaktionslage und diencephal-hypophysäre Dys- regulation hinaus auch mit cerebralen Krampfanfällen „ventilieren“.

Es kann durchaus im Rahmen der Möglichkeit liegen, daß Virusinfekte der Mutter während der Gravidität pränatale Hirnstörungen, Embryopathien her- vorrufen, wodurch postnatal sich Krämpfe der Neugeborenen erklären ließen. Wir brauchen dabei nur an die unfreiwilligen Aborte im Verlauf von Virus- Grippe-Epidemien zu denken, deren Ursache bei einer großen Zahl anderer Mütter nicht zum Abortus, sondern zu einer Fetalerkrankung führt mit dem Ergebnis postnataler cerebraler Krampfanfälle des Säuglings.

Nach meinen Erfahrungen in der Praxis sind jetzt besonders bei den Säuglingen und Kleinstkindern die sogenannten Blitz- Nick-Salaam-Krämpfe häufiger in Erscheinung getreten. Es waren ausnahmslos Kinder von Müttern, die vor der Geburt des Kindes trotz Kinderwunsch schlecht konzipierten, vor und während der Gravidität unter Virus-Grippe-Rezidiven erkrankt waren und sich auch während dieser Erkrankun- gen aus beruflichen Gründen heraus nicht schonten. Bei diesen Fällen hat sich nach französischen und amerikanischen Autoren als neue Therapie die Be- handlung mit ACTH (20 E und mehr) und nach einigen Wochen mit Cortison günstig erwiesen. Dabei sollen nicht nur die Anfälle vollkommen aufhören, sondern es soll sich auch das sonst schwer pathologische EEG in kurzer Zeit entscheidend bessern. Dies spricht sicherlich für eine ursächliche Wirkung der Behandlung. Ich konnte die gleiche Wirkung — noch bevor ich von der soeben angeführten Therapieform wußte — mit Atosil-Sirup erzielen. Zuvor habe ich mich bei Kindern, die von Nick-Krämpfen befallen waren, von der Wirkungs- losigkeit antiepileptischer-antikrampflicher Mittel überzeugt.

Es soll nun hier nicht weiter auf die Vielzahl der Formen und der ätiologi- schen und differentialdiagnostischen Momente cerebraler Krampfanfälle ein- gegangen werden (ich verweise auf die alte und neue klinische Literatur, be- sonders aber auf die Arbeit von ASPERGER: Epilepsie im Kindesalter, Fortbil- dung in Kinderheilkunde), sondern vielmehr im Kreise unserer Erfahrungsheil- kunde eine jetzt seit über 5 Jahren bewährte Therapie besprochen werden, die dem Neurologen und den praktischen Ärzten die Möglichkeit zur Beseitigung cerebraler Krampfanfälle bei dem größten Teil dieser Kranken gibt.

Grundsätzlich ist beim Entstehen cerebraler Krampfanfälle die gesteigerte Erregbarkeit des ZNS zu berücksichtigen und ebenso die Schwäche einer Hem- mung der Großhirnrinde durch subcorticale Zentren. Nach PLOTICER begünstigt die verminderte Hemmung der oberflächlichen Rindenareale das Auftreten cerebraler Krampfanfälle.

Der Krampfbereitschaft muß also auf zweierlei Art entgegengetreten wer- den: Durch Beeinflussung des Tonus der Großhirnrinde sowie desjenigen von subcorticalen Gebieten. Zweckmäßig ist es daher, beide Gesichtspunkte zu ver- einigen mit dem Ziel, tagsüber die Reizvorgänge mit chemischen und physikali- schen Maßnahmen zu stimulieren, nachts dagegen die Hemmung noch stärker durch Medikamente zu stützen. Um dieser Zweiphasen-Therapie möglichst entgegenzukommen, verwenden wir ein kombiniertes Präparat *AE III*, das uns die Firma Beiersdorf zur Verfügung stellte. Die günstige Wir- kung der Mischungen wird in dem hemmungsverstärkenden Einfluß des Teiles „N“ (Nacht-Tabletten) und andererseits in der anregenden Komponente „T“ (Tag-Tabletten) des Präparates gesehen. Das Präparat enthält außerdem die entsprechend wirkungsvolle Menge von *Pyridoxin* (Vitamin B<sub>6</sub> zu 300 mg pro Tagesdosis), die über eine Sedierung hinaus auch eine verbesserte Stoffwechsel- leistung im Cerebrum hervorzubringen vermag.

Die perorale Applikation dieses Präparates wirkt aber nicht causal um- stimmend und es soll kein Dauerbehandlungsmittel bleiben, sondern nur einige Wochen oder Monate für den Patienten eine Stütze sein, die ihm dann durch Rückgang der Dosierung langsam entzogen wird, sobald die im folgenden be- schriebene, gleichzeitig durchgeführte Basistherapie es zuläßt. Zusätzlich kann mittels *Esmarin* oder *Orpidan 200* die Diurese gesteigert werden, sofern Was- serretention und die Möglichkeit eines Hirnödems vorhanden ist.

Als Basis-Therapie bezeichne ich die einleitende Behandlung des cerebralen Anfallskranken mit hochdosierten *Benadon*-Gaben zu 300—600 mg i. v. (oder Suppositorien bei Säuglingen) 2mal pro Woche und dazu subcutan je eine Ampulle *Revitorgan-Dilution Nr. 11* (Großhirnrinde) und *Revitorgan- Dilution Nr. 51* (Hypophyse-Zwischenhirn) oder auch *Revitorgan-Dilution*

Nr. 25 (Parathyreoidea\*), sobald anstelle der Anfälle nur noch nächtliches Zähneknirschen auftritt.

Diese anfangs 2mal pro Woche durchgeführte Injektionstherapie kann später bei Anfallsfreiheit in Adaption an den Gesamtzustand des Kranken wöchentlich und später 14tägig verabreicht werden. Es liegt dabei natürlich am Fingerspitzengefühl des Behandlers und ist auch abhängig von der körperlichen und seelischen Situation des Kranken, wie die Therapie beim einzelnen gestaltet werden kann. Sicherlich wäre es eine dankbare Aufgabe für den Fachneurologen, die individuelle cerebrale Krampfbereitschaft einschließlich Lokalisation durch EEG-Untersuchungen während der laufenden Behandlung regelmäßig zu kontrollieren, um so die Therapie beim einzelnen objektiv besser steuern zu können.

Im allgemeinen sind Behandlungs-Dauer und -Erfolg mit dem Zweiphasen-Präparat *AE 111* und der Basis-Therapie weniger vom Alter des Patienten als von der Länge der bisherigen Erkrankungsdauer abhängig. Man sollte in Betracht ziehen, daß die Schwere und die Häufigkeit der Anfälle meist mit der Schwere der auftretenden Wesensveränderung parallel geht. Nach eigener Meinung bilden Sensibilisierungsprozesse in den Krampffoci und vegetativen Zentren die Grundlage für solche Wesensveränderungen, da die erfolgreiche Therapie mit Gehirn-Dilutionen einer spezifischen Desensibilisierung entspricht. Es ergibt sich deshalb die Notwendigkeit, die Therapie konsequent durchzuführen, um Schwere und Häufigkeit der Anfälle zu vermeiden oder wenigstens zu mindern und so dem Fortschreiten der Wesensveränderungen vorzubeugen.

Auch die Bagatellisierung der Pyknolepsie, die sich durch absolut gute Prognose von anderen Anfallsformen unterscheidet, sollte uns nicht veranlassen, Absencen unbehandelt zu lassen, da in keinem Fall vorausgesagt werden kann, ob sie sich später günstig oder ungünstig entwickeln werden. Jeder Krampfanfall bereitet den Boden für weitere Anfälle (FOERSTER) — ähnlich dem Asthma bronchiale — und macht dabei eine individuell angepaßte und streng durchgeführte Therapie erforderlich. Sind nach Anbehandlung während 3 bis 5 Monaten mit der kombinierten Therapie keine Anfälle mehr aufgetreten, obwohl das Injektionsintervall bereits 14 Tage oder mehr betrug, dann wird die Dosierung des kombinierten Präparates *AE 111* langsam vermindert und es erfolgt schließlich der Übergang auf ein vegetatives Beruhigungsmittel, wie z. B. *Hormocornut*. Die Basis-Therapie mit den *Revitorgan-Dilutionen* Großhirnrinde und Hypophyse-Zwischenhirn wird jedoch nach Ausschalten oder bei Minimaldosierung des Zweiphasenmittels *AE 111* streng weitergeführt, auch

\*) Hersteller: Vitorgan GmbH Stuttgart.

wenn sie vorher schon bereits in größeren Intervallen erfolgt ist. Bleiben auch jetzt die Anfälle aus, wird jede perorale Applikation von Medikamenten unter sagt und auf vorwiegend vegetarische Kost (fett- und eiweißarm, viel Blattgrün und Obst, Getreidekost) hingewiesen (salzlos versteht sich von selbst), während bei der Einleitung der Therapie veralteter Krankheitsfälle oft eine reine Getreide-Diät (Nacktkernhafer, Kruska- oder Weizengel-Kur) erforderlich ist.

Als homöopathische Mittel haben sich zur weiteren Unterstützung der Therapie *Oenanthe crocata D 2* und *Cicuta virosa D 4* nach dem Absetzen des Zweiphasenmittels besonders bewährt. In dieser Behandlungsperiode empfindet der Patient erst so richtig die Wirkung dieser Restaurations-Therapie und nun kann bei Anfallsfreiheit auch die basale Injektions-Therapie unterbleiben. Saisongebunden und bei Belastung des Patienten kann sie jedoch gelegentlich wieder erforderlich werden, um anfallsfrei zu bleiben.

Zur ganzheitlichen Behandlung des cerebralen Anfallsleidens ist wie bei allen zur Chronizität neigenden Erkrankungen eine ärztlich-psychische Führung erforderlich. Sie erstreckt sich außer der Forderung von reichlich Schlaf, Vermeidung von Überanstrengung und starker Sonnenbestrahlung besonders auch auf Aussprachen mit den Eltern oder Erziehungsberechtigten, die bei jugendlichen gemeinsam mit dem Behandler die psychischen Grundlagen (eventuell Psycho-Allergie) zur Heilung schaffen müssen. So sollen die Eltern zur Einsicht und Güte bei vorhandenen Pubertätsschwierigkeiten angehalten werden. Auch vor übertriebenen ehrgeizigen Schulansprüchen der Eltern ist zu warnen und statt dessen eine Erleichterung der geistig-cerebralen Belastung anzustreben. Die Abstellung solcher cerebraler-geistiger Überbelastungen zwecks erfolgversprechender Ganzheitsbehandlung kann wohl oft Dissonanzen zwischen Patient — Eltern und Arzt hervorrufen, doch in Anbetracht einer möglichen Dauerheilung fügen sich manche Eltern gerne den ärztlichen Vorschlägen und helfen damit selbst zur Gesundung ihrer Kinder beizutragen. Einschneidende Änderungen in Lebenslauf und Ausbildung cerebraler Anfallskranker sind bei der oben geschilderten Behandlungsmethode kaum notwendig gewesen, so daß eine psychische Gesamtentlastung nur zu Beginn der Heilkur erforderlich ist.

Eine Tonsillektomie sollte nicht erfolgen, aber regelmäßiges Absaugen oder Säubern der Tonsillen halte ich für dringend erforderlich, damit die Tonsillen wieder „vegetativ ansprechbar“ werden können. Tonsillektomierte cerebrale Anfallskranker sind psychisch schwieriger und reagieren an Zeitpunkten, an denen sie früher eine vegetative Tonsillitis bekamen, „cerebral-spastisch oder psychisch-insuffizient.“ Hierbei ist an Lagererfahrungen mit Mangelkost in der Kriegsgefangenschaft zu erinnern, die uns lehrten, daß fettfreie und fleischarme Kost diese Formen der vegetativen Tonsillitis während

dieser Periode völlig zum Verschwinden brachte. Auch das akute cerebrale Anfallsgeschehen muß häufig als Ausdruck einer vegetativen Krise (vergleichbar mit der Tonsillitis vegetativa — einschließlich Tonsillarabsceß) angesehen werden. So ergibt sich die Forderung der soeben erwähnten fettfreien und eiweißarmen Kost. Neuerdings ist bei der Anamnese auch zu erkunden, ob die Kranken fernsehen. Bei Kindern kann sich eine Fernseh-Epilepsie entwickeln, wenn eine Sensibilität gegen flackerndes Licht besteht. Es treten dann Benommenheit, Übelkeit, Ohnmacht und schließlich auch Krampfstände ein. Die epileptische Aktivität soll unter einer Flackerfrequenz von 20 bis 25 pro sec. von schwedischen Ärzten festgestellt worden sein. Daß solche Lichtreize cerebrale Anfälle auszulösen vermögen, dürfte wahrscheinlich sein, zumal im umgekehrten Sinne durch blaue Lichtstrahlen Anfälle in der Aura vermieden werden können. Aus diesem Grunde erhalten meine Patienten häufig vor der Behandlung im zweiten Wartezimmer Blaulicht-Beleuchtung.

Die basale Injektions-Therapie mit *Vitamin-B<sub>6</sub>* und der *Revitorgan-Dilution Nr. 51* (Hypophyse-Zwischenhirn), die bei makromolekularen Zellbestandteilen keinerlei Hormone enthält, scheint sich als zentrale Neural-Therapie auszuwirken, da erfahrungsgemäß solche eben beschriebenen Tonsillen-Foci im Verlauf der Behandlung kaum mehr rezidivieren und auch endokrin psychische Alterationen nach TOCHTERMANN günstig beeinflusst werden. In diesem Zusammenhang muß besonders auf das *Vitamin B<sub>6</sub>* hingewiesen werden, dessen Bedeutung trotz der vielen guten Arbeiten, die bereits darüber veröffentlicht sind, gerade im Zeitalter der Allergien noch nicht genügend gewürdigt wurde. Es scheint der Gedanke durchaus gerechtfertigt, daß hohe Vitamin-B<sub>6</sub>-Gaben, wie sie bei Schwangerschaftstoxikosen, bei strahlengeschädigtem Organismus, bei Nebenerscheinungen der INH-Therapie und bei toxisch-allergischen Exanthemen mit der Begründung eines B<sub>6</sub>-Mangels erfolgreich zur Anwendung kommen, nach meiner persönlichen Auffassung zur Bindung und Beseitigung von Allergenen des Gehirnstoffwechsels bei cerebralen Krampfanfällen unentbehrlich sind. Neuerdings liegen experimentelle Beweise vor, daß bei Vitamin-B<sub>6</sub>-Mangel die Antikörperbildung gestört ist und auch nach Antigen-Injektionen bei B<sub>6</sub>-Defizit eine Antikörperbildung unterbleibt. Die Notwendigkeit einer B<sub>6</sub>-Therapie bei cerebralen Anfallskranken unterstreicht auch die Tatsache, daß Säuglinge, die ausschließlich mit sterilisierter und darum Vitamin-B<sub>6</sub>-freier Handelsmilch ernährt worden waren, im zweiten bis dritten Monat schwere Nervenstörungen zeigten. Neben einer augenscheinlichen Reizbarkeit kommt es zu epileptischen Krisen, die 6- bis 8mal am Tag kommen und 10—15 Minuten andauern. Das Liquoreiweiß ist manchmal leicht erhöht. *Luminal* unterdrückt diese Krisen, aber sie kommen wieder,

sobald die Wirkung des Medikamentes aufhört. Das Elektroencephalogramm ist zwischen den Anfällen normal.

Liegt ein Kind seit 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden in Krämpfen, so bessert die intramuskuläre Injektion von 100 mg *Vitamin B<sub>6</sub>* schon nach einer Minute das EEG und normalisiert es nach 4—5 Minuten. Beim Hund und Rind äußert sich der experimentell erzeugte Vitamin-Mangel in der Entmarkung der peripheren Nerven, in Degeneration der Achsenzylinder und in Krämpfen, sowie in einer makrocytären hypochromen Anämie mit Siderose des Blutplasmas und der inneren Organe.

Zur Wiederherstellung struktureller Schäden und Stoffwechselstörungen im Bereich des Cortex, des Subcortex und des diencephal-hypophysären Gebietes scheint jedoch erst die regenerierende Wirkung der spezifischen *Revitorgan-Dilutionen* beizutragen, da die Zufuhr von *Vitamin B<sub>6</sub>* allein nicht zu dem Erfolgsergebnis führt, wie die angeführte Kombinations-Therapie.

#### K a s u i s t i k :

**1. Fall:** Frau K., geb. 29. 8. 01, ist im März 1954 erstmals ernstlich erkrankt. Sie wurde damals nach einem anfallsartigen Zustand aufgefunden und konnte zunächst nicht sprechen. Seither wechselten Zeiten mit relativem Wohlbefinden und einzelnen epileptischen Anfällen mit anschließenden Sprachstörungen ab und es traten auch akustische Halluzinationen auf. Befund der Universitäts-Nerven-Klinik Erlangen im September 1954: „Klinisch neurologisch regelrecht, auch das Luftencephalogramm ohne pathologische Veränderungen. Im Liquor nur minimale Veränderungen der Kolloidkurven. Im EEG eine temporal linksbetonte Dysrhythmie. und geringe Allgemein- und Hyperventilationsveränderungen.“ — Im Juli 1955 trat bei der Pat. eine Anfallsserie auf, die von mir selbst beobachtet werden konnte: li.seit. klonisch-tonische Krämpfe, Biß auf die Lippen und Zunge, dabei Lichtstarre der li. Pupille, verminderte Reaktion der re. Pupille, sowie li.seit. Babinski. Nach dem Anfall Bild eines schlaffen Stupors, der am nächsten Tag nachließ. Das Stadtkrankenhaus Hof wies die Pat. in die Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth ein: Hier wurde ein schwer pathologisch verändertes Hirnstrombild festgestellt, wonach links temporal in der Tiefe ein Herd angenommen werden mußte. Eine echte Diagnose ließ sich nach den Untersuchungs-befunden bisher in keiner Klinik stellen. Eine 1957 durchgeführte Fachuntersuchung der gleichen Pat. ergab ein abnormes Hirnstrombild und war verdächtig auf einen Krampffocus. Diagnostisch wurde diesmal also ein organisches Nervenleiden mit Krampfanfällen angenommen. Nun erfolgte bei mir ambulante Behandlung mit wöchentlich 3 Injektionen von *Benadon* 300 mg i. v., dann *Revitorgan-Dilution Großhirnrinde* (Nr. 11) und *Revitorgan-Dilution Zwischenhirn-Hypophyse* (Nr. 51). Die lästigen Wahrnehmungen von Stimmen ließen sich dadurch sofort beseitigen, auch verschwand merklich die Anfallsbereitschaft. Dazu erhält die Pat. peroral 2mal je 1 g Tag-Tabletten (*AE 111*) und abends 1 g Nacht-Tabletten (*AE 111*). Bei Anfallsfähigkeit erhält die Pat. zusätzlich *Verophen-Drg.* und bei Verminderung der Atemfrequenz *Micoren* oder *Lobelin*. Es traten seit dieser Zeit keine Anfälle mehr auf, vermutliche Anfallsbereitschaft konnte sofort beseitigt werden und eine Persönlichkeitsveränderung nicht nur nicht aufgehoben, sondern sogar rückgängig gemacht werden. Das EEG von 1961: Über den vorderen Hirnregionen leicht allgemein verändertes EEG, leichte Hyperventilationsveränderungen mit Auftreten einer herdverdächtigen Rechtsbetonung langsamer Zwischenwellen. Keine für Epilepsie typischen Wellenformen.

**2. Fall:** 6jähriger Junge, fast tägliche cerebrale Anfälle, Gynäkomastopathie, Tonsillen mit eitrigen Pfröpfen. — Mutter in Scheidung. — Die Behandlung mit *Revitorgan-Dilution Nr. 11* und *51* mit einer zusätzlichen peroralen antiepileptischen Therapie und intravenösen Gaben von Vitamin B<sub>6</sub> (*Benadon* 300 mg) führte nach wenigen Monaten zu Anfallsfreiheit und nach 2 Jahren zur Heilung, d. h. normales EEG und Anfallsfreiheit ohne Therapie (Tonsillen).

**3. Fall:** 13jähriger Oberschüler, adipöser endokriner Schwächling, erkrankt plötzlich an cerebralen Krampfanfällen im August 1960. Konsequente Getreide-Diät, Impfung gegen Virus-Grippe, parenterale Gaben von *Revitorgan-Dilution Großhirnrinde* und *Hypophyse*, dazu *Benadon* 300 mg, anfangs 2mal pro Woche, führten zum völligen Erlöschen der Erkrankung. Peroral wurde 3 Monate lang das Zweiphasen-Mittel *AE 111* eingenommen. Im Jahr 1961 ohne irgendeine Behandlung keine Anfälle mehr und in der Schule erfolgreich.

Es dürfte wahrscheinlich sein, daß die kompensatorischen Ausgleichsmöglichkeiten der Großhirnrinde (die nach STULJANOW beim Menschen größer sind als bei anderen Lebewesen) durch Injektionen von Dilutionen aus Großhirnrinde erhöht und beschleunigt werden. Dazu ist noch anzunehmen, daß durch Stimulierung der Großhirnrinde mittels spezifischer Großhirn-Dilutionen die Großhirnrinden-Zellen (ähnlich wie z. B. im Hundexperiment durch Hypothermie-Einwirkung der Nachweis erbracht wurde [BEREDIAN]) im bereits befallenen Areal vor weiterem Verfall geschützt werden.

Um ein Kriterium für die Wirksamkeit der Therapie in Händen zu haben und nicht nur von zufälligen anfallsfreien Epochen verleitet zu werden, frühzeitig die antikonvulsive Therapie abzusetzen, empfiehlt es sich vor und während der Behandlung cerebraler Anfallskranker ein Elektroencephalogramm anfertigen zu lassen. Zum Wiederabsetzen der antikonvulsiven Therapie einschließlich der Therapie der Nick-Krämpfe mit *ACTH* oder *Atosil* ist die Erstellung eines EEG unerlässlich, da erst bei entsprechendem diagnostischem EEG-Befund von Heilung gesprochen werden kann. Ganzheitlich und frühzeitig begonnene Therapie cerebraler Anfallskranker führt so zur Vermeidung schwerer Wesensveränderungen, zur Herabminderung der Zahl und Schwere der Anfälle und bei einem großen Teil der nach dieser Methode behandelten Patienten auch zu objektiven Heilungen.

(Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Frisch, Hof/Saale, Bismarckstr. 5)

---

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. 58 ist gültig (10-Pf.-Wertmarke pro Seite)