

Sonderdrucke aus

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zeitschrift für praxisnahe Medizin

Organ des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V.

20. Jahrgang

Mai 1979 Heft 5

H. Geesing, G. Pollmächer
und K. Theurer

Kombinationsbehandlung beim Mongolismus-Syndrom – Erfahrungen aus der Praxis

Zusammenfassung

Es wird über 3 Fälle von Mongolismus-Syndrom berichtet, bei denen eine medikamentöse Therapie mit makromolekularen Organpräparaten in verschiedenen Lebensaltern begonnen wurde. Die Möglichkeiten einer Beeinflussung sind danach um so besser, je früher die Behandlung begonnen, und je konsequenter sie durchgeführt wird. Es werden die wissenschaftlichen Grundlagen dieser Art von Organotherapie und ihre möglichen Wirkungsmechanismen anhand der modifizierten Mary-Lion-Hypothese und der Erkenntnisse über die Plastizität des Gehirnes bei Säuglingen kurz erwähnt. Daraus wird die Notwendigkeit einer mehrschichtigen Behandlung unter Einbeziehung von Pädagogik und Übungstherapie abgeleitet.

Summary

This is a report on 3 cases of mongolistic syndrome in which a medicinal therapy using macro-molecular cellular drugs started in different ages. The opportunity to influence the disease is the better, the sooner the treatment did start and the more consistently it is performed. The scientific bases of this kind of organo-therapy and its supposed mechanisms of efficiency are briefly mentioned in connection with the modified Mary-Lion-hypothesis and with the results of the basic research on the plasticity of infant-brain. From these considerations, the necessity of a combined treatment is derived, including as well pedagogics as therapy by physical training.

Das Mongolismus- oder *Down*-Syndrom bei Trisomie 21 bleibt weiterhin eines der wichtigsten Probleme der Pädiatrie. Seine Entstehung kann weder durch Prophylaxe, noch durch genetische Beratung oder pränatale Diagnostik verhindert werden, weil davon Kinder von vollkommen gesunden Eltern ohne Risikofaktoren betroffen sein können und die zytogenetische Diagnose nicht obligatorisch sein kann. Es gilt deshalb, den leider noch vielseitig bestehenden therapeutischen Nihilismus zu überwinden, um durch eine geeignete mehrschichtige Behandlung eine optimale Entwicklung der Betroffenen zu ermöglichen. Die medikamentöse Beeinflussung der somatischen Funktionsstörungen schafft die Voraussetzung für ein besseres Ansprechen auf pädagogische Maßnahmen und Übungsbehandlungen. Für die Entwicklung der Gehirnfunktionen sind aber die schon bisher durchgeführten pädagogischen Maßnahmen unerlässlich. Das Gehirn braucht nämlich, um sich

weitgehend normal entwickeln zu können, den Input sensorischer Reize, sonst stellen sich selbst beim genetisch Normalen organische Defekte ein.

Die medikamentöse Behandlung besteht in der Anwendung molekularer Zell- und Gewebestandteile in Form der zytoplasmatischen Therapie* (1), zusammen mit einer Substitution von Vitaminen und Spurenelementen. Die makromolekularen Organsubstanzen stammen vorwiegend aus Föten und Jungtieren von Rind, Schaf und Schwein, sowie z.T. auch aus humaner gesunder Hirnsubstanz aus Operationspräparaten. Durch ein besonders schonendes Herstellungsverfahren erfolgt nach der Gefriertrocknung von in tiefgefrorenem Zustand pulverisierten, frisch entnommenen Organgeweben eine Lyse durch Säuredämpfe im Vakuum bei Normaltemperatur. Dadurch wird die Löslichkeit der Zellinhaltsstoffe beträchtlich gesteigert, die Organspezifität erhalten und die Artspezifität verringert. Die so gewonnenen Organtrockenpulver werden, suspendiert in besonderem Lösungsmittel, zur i.m.-Injektion verwendet. Andererseits werden daraus wäßrige Lösungen nach homöopathischen Verfahrensweisen in verschiedenen Stufen hergestellt.

Die Anwendung erfolgt nach den allergologischen Gesichtspunkten der spezifischen Desensibilisierung parenteral und lingual bzw. nasal. Es handelt sich hier also nicht um Zellulärtherapie, sondern um eine Therapie mit makromolekularen Totalextrakten aus verschiedenen Einzelorganen und Organkombinationen in unterschiedlichen Verdünnungsstufen. Die Präparate enthalten Proteine, Nukleinsäuren, Lipide und Saccharide mit ihren Untereinheiten und Bestandteilen. Diese werden an einem staatlichen Hygieneinstitut virologisch und bakteriologisch auf Sterilität untersucht und sind, bei bestimmungsgemäßer Anwendung, frei von Nebenwirkungen.

Die biologische und therapeutische Wirksamkeit dieser makromolekularen Organlysate ist durch wissenschaftliche Grundlagenversuche nachgewiesen (2)

- a) an zellfreien Synthesystemen (*Jachertz, Jachertz und May, Letnansky*),
- b) an Gewebekulturen (*Wrba, Geipel, Letnansky, Licht, Lipp*),
- c) an Zellkulturen (*Sorkin, Mayr, Buschmann, Paffenholz, Theurer*),
- d) in Tierversuchen (*Ullrich, Kraft, Rüsse, Mayr, Buschmann, v. Mayersbach, Wrba, Anders*) (3),
- e) in Klinik und Praxis der Human- und Veterinärmedizin bei den verschiedensten Indikationen.

Die Beeinflussung des Immunsystems ließ sich im Jerne-Test (Hämolyse-Plaques-Test) zeigen (*Sorkin, Wrba* und Mitarbeiter). Eine Stimulierung der Phagozytose und der Interferonbildung haben A. Mayr und Buschmann festgestellt, die Stimulierung von Repairmechanismen Altmann und Wottawa, die Beeinflussung der oxydativen Atmungsvorgänge Rüsse, Letnansky, Werth.

* Revitorgan-Trockensubstanzen, -Dilutionen, -Lingualpräparate: Vitorgan-Arzneimittelfabrik D-7302 Ostfildern.

Die mit den makromolekularen Organlysaten erzielten Ergebnisse über die Stimulierung bzw. Hemmung des Synthesestoffwechsels und der Zellproliferation werden durch die Ergebnisse der allgemeinen Grundlagenforschung über den Nerven(4)-, den epidermalen(5)-, wie auch den Fibroblasten(6)-Wachstumsfaktor und andererseits der Wachstumsinhibition durch Interferon (7) und Chalone (8) gestützt.

Für die Funktion des Gehirns ist die Aktivierung der Synthesevorgänge, insbesondere von Proteinen, RNA und DNA, von besonderer Bedeutung. Diese haben für die makromolekularen Organextrakte *Axmann* und *Chandra* in vivo an Ratten nachweisen können (9). Die Stimulierung war weitgehend organspezifisch und betrug über 50% gegenüber der Kontrolle. Pankreasextrakte stimulierten hingegen ebenfalls weitgehend organspezifisch die Synthesevorgänge im Pankreas.

Entgegengesetzt wirkende Faktoren brauchen aus den Präparaten nicht isoliert zu werden, weil die Wirkung von der Art der Dosierung und der Anwendung abhängt (10).

Aufgrund von Analogieschlüssen bestehen theoretisch bei der Trisomie folgende Wirkungsmöglichkeiten:

1. Substitution von Stoffwechselmetaboliten
2. Stimulierung oder Inhibition durch Regulationsfaktoren der Synthesevorgänge und des Wachstums.
3. Katalytische Effekte.
4. Immunsuppression bzw. -stimulierung, Normalisierung des immunologischen Systems.
5. Beeinflussung von Membranfunktionen und der Synthese von Rezeptoren für endogene Regulationsstoffe.
6. Informationsübertragung und -aufnahme durch genetische Rekombination und Repairmechanismen.
7. Fusionierung bzw. Hybridisierung von Molekülen und molekularen Untereinheiten.

Bei den etwa 240 möglichen, verschiedenen fakultativen Symptomen der Trisomie 21 ist die klinische Beurteilung einer therapeutischen Beeinflussung erschwert, weil es unmöglich ist, vergleichbare Fälle herauszufinden. Für Vergleichsuntersuchungen dürften nur eineiige Zwillinge mit *Down*-Syndrom geeignet sein. Die Beurteilung erfordert eine jahrelange Behandlung und Beobachtung.

Die Verschiedenartigkeit der Symptomatik läßt sich nach der modifizierten *Mary-Lion-Hypothese* (11) erklären. Danach wird von allen Genen jeweils ein Gen unterdrückt, so z.B. in den Somazellen weiblicher Säuger eines der beiden X-Chromosomen. Der Sinn eines solchen Ausschaltens alleler Gene auf einem der beiden X-Chromosomen scheint darin zu liegen, daß durch diesen Prozeß eine konstante Gen-Dosis erreicht wird. Ist die Inaktivierung in einer Zelle einmal vollzogen, so entsprechen die in der weiteren Entwicklung daraus entstehenden Tochterzellen in ihrem Typ immer der jeweiligen Elternzelle.

Beim fehlerhaften Vorhandensein von 3 Chromosomen müßte dann ebenfalls 1 Chromosom genetisch aktiv, und die anderen unterdrückt sein. Es ist denkbar, daß der Repressionsmechanismus hierfür nicht ausreicht, so daß die beiden Chromosomen, die unterdrückt werden müßten, teilweise in Funktion treten und Regulationsstörungen des Stoffwechsels verursachen. Bei der organspezifischen Differenzierung der Zellen könnten sich diese Regulationsdefekte unterschiedlich auf die verschiedenen Genorte

auswirken, so daß sich damit die Variabilität der Symptome erklären ließe. Die Zufuhr von Regulationsstoffen und von Faktoren, die solche Regulationsstoffe synthetisieren, könnte theoretisch die Insuffizienz der Blockierung der beiden Chromosomen kompensieren. Bei weitgehend organspezifischen Unterschieden dieser Regulationsdefekte erscheint deshalb eine organspezifische Beeinflussung mit entsprechenden Organarten verständlich. Da die Entscheidung, welches der Chromosomen in den einzelnen Zellen und später in ihren jeweiligen Nachkommen aktiv sein wird, nach den Untersuchungen von *Lyon* zeitlich sehr früh, schon hinter dem Blastozystenstadium erfolgt, wäre die Auswirkung einer solchen Behandlung um so besser, je früher sie begonnen wird. Dies betrifft auch die Dyszephalie.

Die Plastizität des Gehirnes ist in den ersten 3 Lebensmonaten am größten (12). Hier bilden sich die meisten Fortsätze bei den Nervenzellen und den dendritischen Synapsen aus, die die Neurone „verdrahten“. Dies ist für die geistige Reifung des Kindes ein eminent wichtiger Vorgang, der durch Zellfaktoren aus Gehirn gefördert werden könnte. Aber auch beim Zugrundegehen von Nervenzellen bei Erwachsenen besteht die Möglichkeit zur Neubildung von dendritischen Synapsen und dadurch zur Reparatur von Defekten. Eine Beeinflussung erscheint also auch noch bei fortschreitendem Lebensalter möglich. Hierfür spricht besonders der von Dr. *Geesing* mitgeteilte Fall. Die dendritischen Synapsen entwickeln sich aber auch abhängig von der verlangten Funktion. An den unbenutzten Synapsen sprossen die sogenannten „secondary spines“ so kümmerlich, wie Äste an vertrocknenden Bäumen. Deshalb sind medikamentöse und pädagogische Maßnahmen in gleicher Weise für die Behandlung und Betreuung mongoloider Kinder wichtig.

Über diese Kombinationsbehandlung werden seit 1954 bei den Jahrestagungen über die Zytoplasmatische Therapie (13) positive Erfahrungen von *Arens*, *Flügel*, *Frisch*, *Gravez*, *Händel*, *Haubold*, *De Meyer*, *Schmid*, *Stopka* und *Weinmann* berichtet. *Ch. Wunderlich* verfügt über besonders umfangreiche Erfahrungen an mehr als 2000 Patienten.

Unter vielen behinderten und mongoloiden Kindern, die ich in meiner Allgemeinpraxis behandelt habe, war der Therapieerfolg bei dem Mädchen K.B. am eindrucksvollsten. Nach abgeschlossener Hauptschule (9 Klassen), ist sie heute als Sprechstundenhilfe bei einem Arzt tätig.

K.B. ist am 29.11.1957 als 2. Kind gesunder Eltern geboren, Vater war ca. 33 Jahre, Mutter 30 Jahre alt, 2 gesunde Schwestern. Im Alter von 10 Wochen wurde sie mir im Februar 1958 erstmals vorgestellt.

Das Kind wies bei der Geburt eine starke Gelbsucht und die typischen Merkmale des Mongolismus-Syndroms auf. Der entbindende Chefarzt eines Kreiskrankenhauses stellte bereits die Diagnose und beurteilte die Entwicklungschance prognostisch ungünstig. Eine Fachärztin für Kinderkrankheiten bestätigte die Diagnose und nahm den Eltern jede Hoffnung. Enttäuscht und deprimiert brachte die Mutter dann das Kind in meine Praxis.

Bei dem Mädchen lagen hauptsächlich folgende Symptome vor: Plumper Körperbau, kurze Arme und Beine, eine große Zunge, meist offen stehender Mund, sogenanntes Karpfenmaul, herabgezogene Mundwinkel, Sattelnase, Tonsillenhyperplasie, eine verdickte, trockene, schuppige Haut, trockenenes, strohiges Haar, deutlich sichtbare Vierfingerfurchen an der Hand, *Cutis marmorata*,

mongoloide Lidachsenstellung, medialer Epikanthus, sowie chronische Obstipation. Anfangs bestand eine hypochrome Anämie. Mit zunehmendem Alter gesellten sich noch weitere Mongolismus-Symptome hinzu, wie Dentitionsanomalien. Die Körperlänge war dem Alter entsprechend vermindert, das Verhalten war stumpf und antriebsarm.

Im Alter von 3 Monaten wurde mit der makromolekularen zytologischen Therapie begonnen. Es erfolgten intramuskuläre Injektionen von Trockensubstanzen aus Schilddrüse (Nr. 30) und Gehirnrinde (Nr. 11). Anschließend wurden einmal wöchentlich, abwechselnd z.T. 2 Präparate aus der Mischspritze, die wäßrigen Organverdünnungen (Dilutionen) aus der Schilddrüse (Nr. 30), Gehirnrinde (Nr. 11), Kombinationspräparat aus Stoffwechselorganen, Zwischenhirn, Kleinhirn, Großhirnrinde, totalem Hirn, Medulla spinalis, Mischung von Schleimhäuten, Milz, Schilddrüse, Plazenta, juveniler Thymus (Nr. 69), sowie Ovar (Nr. 17), Knochenmark (Nr. 39), mäterner Anteil der Plazenta (Nr. 70), Leber (Nr. 26), Zahnleiste (Nr. 10), fötaler Thymus (Nr. 29f), Mischung aus Hypophyse und Zwischenhirn (Nr. 51) in ansteigenden Konzentrationen (pg, ng und µg Trockensubstanz pro ml Lösungsmittel) jeweils 2 bis 4 ml subkutan injiziert.

Schon nach 6monatiger Behandlung hatte sich das Aussehen und Verhalten des Kindes wesentlich gebessert. Die große Zunge normalisierte sich, die schräge Lidachsenstellung der Augen trat weniger in Erscheinung. Das Kind wurde lebhafter, lächelte, bekam Zähne und entwickelte sich von da an weiterhin gut. In vierteljährlichem Zyklus wurde die Behandlung mit einer Mischung aus Hypophyse und Zwischenhirn (Nr. 51) und maternem Anteil der Plazenta (Nr. 70) als Trockensubstanzen fortgesetzt. Die ortsansässige Krankenschwester injizierte dann auf meine Anweisung wie angegeben die Dilutionsserie zur Substitutionsbehandlung.

Als Begleitmedikation wurden homöopathische Konstitutionsmittel, Inkretan-Dragees, Mulgato-Gelee und die Lingualpräparate der Mischungen von Organsubstanzen (Nr. 69) sowie einer Mischung von Organsubstanzen aus verschiedenen Gehirnteilen, konjugiert mit L-Dopa und Ascorbinsäure (Nr. 97) und eine Mischung aus Epiphyse, mäterner Plazenta, konjugiert mit Aluminiumhydroxyd und Kieselsäure (Nr. 98) je 10 Tropfen morgens nüchtern gegeben.

Versuchsweise wurde die Injektionskur für 4 Monate unterbrochen. In dieser Zeit trat bei dem Kind ein Entwicklungsstillstand ein, es wurde antriebsärmer und obstipierte wieder. Daraufhin entschloß sich die Mutter zur Weiterführung der Behandlung.

Im Alter von 7 Jahren war das Mädchen in seiner Entwicklung so weit gefördert, daß es die Normalschule besuchen konnte. Vor der Einschulung wurde die Behandlung noch intensiviert. Es war eine Freude festzustellen, wie die kleine Patientin in der Schule mit Unterstützung der Mutter mitkam und in keiner Weise auffiel. Das Mädchen konnte zusammen mit ihrer um ein Jahr jüngeren Schwester alle 9 Klassen der Hauptschule ohne größere Schwierigkeiten absolvieren.

Vom 14. Lebensjahr an wurden nur noch halbjährlich Organtrockensubstanzen injiziert, jeweils gefolgt von 10 Injektionen von Organdilutionen. Nach der Schulentlassung konnte sie die Lehre als Arzthelferin beginnen und ist jetzt im Alter von 20 Jahren als Sprechstundenhilfe bei einem Arzt tätig.

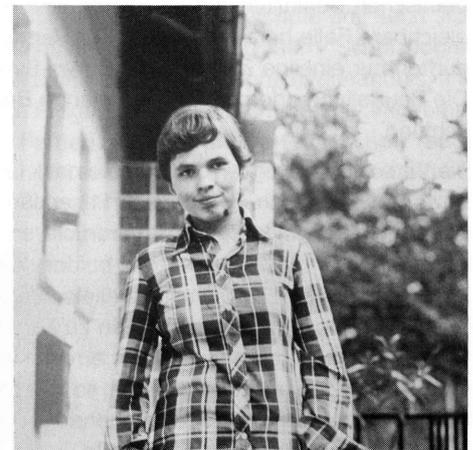
Vor 6 Monaten besuchte mich die Patientin. Sie ist jetzt selbstbewußt und stellte die Frage, weshalb sie eigentlich noch weiterbehandelt werden sollte. Mit der Mutter freuen sich über den Erfolg nicht nur Verwandte und Bekannte, sondern auch viele Patienten meiner Arztpraxis, die die Entwicklung des Kindes verfolgen konnten.



a) 3 Monate



b) 14 Jahre



c) 20 Jahre

Abb. 1: Patientin K. B., Geburtsdatum: 29.11.1957

Diagnose: Morbus Down. Karyogramm: x-autosomale Aberration.

Therapie: Revitorgane® (s. Text).

Institut für Humangenetik und
Anthropologie der Universität Freiburg
Frau Dr. med. Pollmächer
Anselm-Feuerbach-Platz 2
78 Freiburg

78 Freiburg, den 3.10.77
Albertstraße 11
Tel.: 203/46 47/46 50
Kartei-Nr.: C 65 41
Arzt:
Station

Name des Patienten: B. K.
Geburtsdatum: 29.11.1957
Klinische Diagnose/
Indikation: Verd. a Down

| Untersuchtes Material: Haarwurzel Blutausstrich | Datum | | | | X-Chromatin | | | | Y-Chromatin | |
|--|-------|----|----|----|-------------|----|----|-----------------|------------------------|--|
| | 44 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 48 | Mit. insges. | Bemerk. z. Karyotyp | |
| Chromosomenbefund Untersuchtes Material: Datum der Entnahme: | | | | | | | | | | |
| Blut v. 12.9.77 | | | | 1 | 19 | | | 20 | ≠ 47 präp. bed. | |

Bandenmusteranalyse

Q-Banden G-Banden R-Banden G-Banden

Cytogenetische Diagnose
46, XX unauffälliger weibl. Karyotyp
46, XY unauffälliger männl. Karyotyp
gonosomale Aberration
autosomale Aberration 47, XX, +21

X-Chromatin im Bereich d.
Norm f. weibl. Individuen
Kein X-Chromatin
Y-Chromatin nachgewiesen
kein Y-Chromatin

Bemerkungen

gez. Dr. W. Vogel

gez. Dr. E. Back

Ein Karyogramm war bei Behandlungsbeginn vor 20 Jahren noch nicht möglich. Selbst heute stehen zytogenetischen Tests an humangenetischen und anthropologischen Instituten wegen Personalmangels Widerstände entgegen. Im Falle der K.B. wurde das Karyogramm erst nach Fürsprache von Universitätslehrern* und der Unterstützung der Herstellerfirma der Organpräparate im Oktober 1977 durchgeführt. Die zytogenetische Diagnose des Institutes der Universität Freiburg bestätigte eindeutig eine autosomale Aberration 47, XX, +21. Natürlich kann diese Trisomie 21 durch keine Therapie beseitigt werden. Die nachteiligen Auswirkungen dieser genetischen Abweichung auf die Entwicklungs- und Leistungsfähigkeit der Patientin wurden jedoch durch die Behandlung verringert. Die beiliegenden 3 Farbbilder sollen den Behandlungserfolg dokumentieren (Abb. 1a-c).

Weitere Kinder mit Mongolismus wurden entsprechend behandelt und eine wesentliche Förderung ihrer Entwicklung erreicht. Die Patientin K.B. ist jedoch am frühesten und längsten behandelt worden. Darin liegt wohl der besondere Erfolg begründet.

Bei einem anderen Fall von Down-Syndrom kam das Kind erst im Alter von 2 Jahren in Behandlung, weil die Eltern zunächst Hilfe bei einer Universitäts-Kinderklinik gesucht hatten. Dort war die Diagnose Trisomie 21 durch Chromosomenuntersuchung gestellt worden.

* Wir danken Herrn Prof. Dr. K. Knörr, Frauenklinik der Universität Ulm, für sein Bemühen.

Bei dem 2jährigen Mädchen P.M. handelte es sich mehr um den hyperdynamen Typ des Mongolismus-Syndroms. Sie hatte endokrine Störungen im Sinne eines Hypothalamus-Hypophysen-Syndroms, Minderwuchs, war umtriebig und rastlos, hatte eine teigige Haut, Obstipationsneigung, Ossifikations- und Dentitionsverzögerungen. Außerdem hatte das Kind eine große Infektanfälligkeit und Zungenveränderungen im Sinne einer Lingua scrotalis. Auch hier wurde das Kind vierteljährlich mit makromolekularen Organtrockensubstanzen behandelt und erhielt anschließend einmal wöchentlich Dilutionen injiziert. Dadurch hat sich die aggressive, umtriebige Art des Mädchens wesentlich gebessert, ebenso auch die mongoloide Dyszephalie. Die Tests wurden laufend durch die Universitätsklinik in München durchgeführt. Ausfälle in der Grob- und Feinmotorik, der schlappe Gesamthabitus mit hängenden Schultern und der breite tapsende Gang haben sich bei dem Kind durch zusätzliche krankengymnastische Übungen gebessert, die auf meine Veranlassung hin durchgeführt wurden.

Im Gegensatz zu dem hypodynamen Typ bei der Patientin K.B. verlief die Gesamtentwicklung bei dem hyperdynamen Typ von P.M. nicht so schubweise, sondern langsamer. Auch hier hat sich die Physiognomie des Kindes sehr zu seinem Vorteil verändert. Die dicke Zunge hat sich merklich normalisiert, der Schädel ist gewachsen und der Gesichtsausdruck wirkt lebendiger und interessierter (s. Abb. 2a-c vom 1. bis 6. Jahr).



a) 2 Monate



b) 3 Jahre



c) 6 Jahre

Abb. 2: Patientin: P.M. Geburtsdatum: 16.8.1969

Diagnose: Morbus Down. Karyogramm: freie Trisomie 21.

Therapie: Revitorgane® (s. Text)

Das Mädchen P.S., geboren am 14.11.1967 als 8-Monats-Kind, wurde mir erstmals am 7.10.1975 vorgestellt mit der feststehenden Diagnose Mongolismus 1. Grades bei offenem Foramen ovale. Vater war bei der Geburt 47 Jahre, Mutter 40 Jahre, ein Bruder 13 Jahre, eine Schwester 10 Jahre alt. In der Familie keine Erb- und Geisteskrankheiten. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde keine Therapie durchgeführt, weil den Eltern der Zustand ihres Kindes, auch von fachärztlicher Seite, als schicksalhaft und nicht beeinflussbar dargestellt wurde.

Das Kind konnte mit 5 Jahren noch nicht sprechen und mit 7 Jahren nur unartikuliert. Es konnte sich nicht konzentrieren und war erethisch unruhig, die Augenstellung leicht mandelförmig, Zunge heraushaltend, Lingua scrotalis, Haarausfall bis zur Alopezie von Geburt an, Herzfehler (offenes Foramen ovale), linkes Bein 2 cm verkürzt, Beckenschiefstand, Zähne sanierungsbedürftig, Rachen gerötet, Tonsillen vergrößert, wiederholte Infekte und Tonsillitiden, Karyogramm liegt vor.

Es wurde nun konsequent eine Behandlung mit der makromolekularen zytoplasmatischen Organotherapie mit Trockensubstanzen, Dilutionen und Lingualpräparaten durchgeführt. In Abständen von 2, 4, 6 Monaten erfolgten Injektionskuren mit Dilutionen eines Mischpräparates aus fötalem und jugendlichem Thymus (Nr. 29f und k) sowie Thyreoidea (Nr. 30) aus der Mischspritze, ebenfalls aus der Mischspritze das Präparat aus Hypophyse und Zwischenhirn (Nr. 51) zusammen mit fötalem Anteil der Plazenta (Nr. 71) im Wechsel mit Hypophyse (Nr. 22a) und dem Kombinationspräparat Nr. 97 sowie fötalem Herz (Nr. 6). Die Injektionen erfolgten im Wechsel 3mal wöchentlich in ansteigender Dosierung. Nach 12 Monaten wurde die Injektionsserie mit Dilutionen durch die Injektion der Trockensubstanzen aus Gehirnrinde (Nr. 11) und einem Kombinationspräparat aus totalem Föt, Thymus, Zwischenhirn, Gehirnrinde, Schilddrüse, Plazenta, Amnion, jugendlicher Testes, Nebenniere, Bindegewebe, Herz, Niere, Aorta, Leber, Milz und

Magen-Darm-Schleimhaut (Nr. 64B) abgeschlossen. Zur Intervallbehandlung wurden täglich insgesamt 3mal 10 Tropfen der Lingualpräparate Nr. 69 und 64 im Wechsel verabreicht. Das gesamte Behandlungsschema wird zur Zeit noch weitergeführt. Nach einjähriger Behandlung konnte das Mädchen zusammenhängende Sätze sprechen, die Zunge wurde nicht mehr herausgehalten und ist unauffällig, Verkürzung des Beines noch 1 cm, Herzbefund unverändert.

Mittlerweile ist das Kind 10 Jahre alt, ist konzentriert und ansprechbar, spricht artikuliert und verständlich, malt mit Farben, zieht sich allein an, geht selbst zur Sonderschule und setzt sich gegenüber den Mitschülern durch. Nach dem Schulzeugnis 1976/77 zeigt das Mädchen ein gutes Sprachverständnis und antwortet auf einfache Fragen sinngemäß, unterscheidet geometrische Formen, kann Farben zuordnen und benennen, hat Freude an rhythmischen Übungen und Singspielen, kann Spielregeln be-



Abb. 3: Behandlung eines Mädchens mit Down-Syndrom mit der zytoplasmatischen Therapie (zur Verfügung gestellt von Dr. S. Schmidt, Bad Rothenfelde).

achten, kann mit Schere und Klebstoff umgehen und trotz des Herzfehlers schwimmen und tauchen, hat Freude am Turnen, springt gut auf dem großen Trampolin im Sitzen, in der Hocke und im Stehen, ist geschickt im Hindernis- und Geräteturnen. Obwohl mit der Behandlung hier relativ spät begonnen wurde, ist der Fortschritt in den 3 Behandlungsjahren enorm.

Den therapeutischen Nihilismus, besonders beim Down-Syndrom, hat Dr. Udo Derbolowsky, Hamburg, bei der XXIII. Jahrestagung über die Zytoplasmatische Therapie 1977 als noch viel zu schwach formuliert bezeichnet. Es sei kein Nihilismus in dem Sinne „Ich kann nichts tun“, meistens handele es sich doch um einen mit Perfektionismus gekoppelten Sadismus. Die Menschen sind nicht imstande, den Sinn menschlichen Lebens in dieser Welt zu beurteilen, deshalb sind sie auch nicht befugt, über rudimentäre Erscheinungsformen des menschlichen Lebens Werturteile abzugeben. In jedem dieser Fälle sei es unsere Aufgabe, aufgrund der uns gegebenen Möglichkeiten zu helfen (Abb. 3).

Literatur:

1. a) Leitfaden „Die Zytoplasmatische Therapie“, 1975. Vitorgan-Arzneimittelfabrik, D-7302 Ostfildern 1.
- b) *Karl Theurer*: Z. f. Ärztl. Fortbildg. 1, 1969.
- c) Ein Therapieprinzip in der Diskussion. *Selecta* 21/1976.

2. Zusammenstellung der Literaturangaben bei *Karl Theurer*: *Krebsgeschehen* 4, 85–89 (1977).
3. Zusammenstellung der Tierversuche an der veterinärmed. Fakultät der Univ. München. *Helmut Kraft*: *Erfahrungsheilkunde* 6, 165–172 (1972).
4. *Greene, Lloyd, A.*: *Neurobiology* 4, 280–292 (1974).
5. *Hunt, Lois, T., Winona C. Barker, Margret O. Dayhoff*: *Biochem. and Biophys. Res. Communic.* Vol. 60, Nr. 3, 1974.
6. *Gospodarowicz, D., J. Moran*: *Experimental Cell Res.* 90, 279–284 (1975).
7. *Hilfenhain, J., H.E. Karges*: *Z. Naturforschg.* 29, 618–622 (1974).
8. *Bullough, W.S., E.B. Laurence*: *Nature* 220, 134–139 (1968).
9. Diplomarbeit *G. Axmann* bei Prof. *Chandra*, Inst. f. Therapeutische Biochemie (Prof. *Wacker*), Universität Frankfurt, Febr. 1973.
10. *Aoyama, T., K. Kihara, K. Nishiguchi*: *Exp. Cell Res.* 93 (1975).
11. *Ä.P.* Nr. 5, 137, 18. Jan. 1975.
12. *Eccles, J.C.*: *Naturwissenschaften*, 63, 8 (1976).
13. Tagungsberichte 1954–1977 über die Zytoplasmatische Therapie: Vitorgan-Arzneimittelfabrik, D-7302 Ostfildern.
14. *Wunderlich, C.*: *Das mongoloide Kind*: F. Enke Verlag, Stuttgart.

Anschriften der Verfasser: Dr. med. H. Geesing, Schwarzwald-Sanatorium Obertal, Reichtmurgstr. 27, D-7292 Obertal; Dr. med. G. Pollmächer, Anselm-Feuerbach-Platz 2, D-7800 Freiburg i.B.; Dr. med. K. Theurer, Forschungslaboratorien für makromolekulare Organo- und Immunotherapie, Brunnwiesenstr. 21, D-7302 Ostfildern 1.