



Der Optische Erythrozytentest nach Linke bei 641 Patienten

Erfahrungen mit Erfolgsbeurteilung der Therapie mit SANUM-Mitteln

von Dr. med. habil. Gerhard Frick

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 48/1999, Seite 8 - 10

Die Durchführung des Optischen Erythrozytentests (OET) wurde von Professor *Arno Linke* 1991 ausführlich wissenschaftlich begründet und dargestellt [8]. Professor Linke verstarb 1992. So wie er es selbst vorhatte, habe ich als einer seiner wissenschaftlichen Mitarbeiter seitdem zehn Seminare zur Erlernung des Tests durchgeführt. 1993 wurde eine Arbeitsgemeinschaft gegründet, die die wissenschaftlich interessierten Teilnehmer dieser Seminare zusammenführt. Erste eigene Erfahrungen und Ergänzungen der Methodik wurden publiziert [2-6]. Bis jetzt kann ich 641 Patienten überblicken, bei denen wissenschaftliche Daten und größtenteils auch Behandlungsverläufe über eine Dauer von bis zu fünf Jahren vorliegen. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der Anzahl der Patienten in den Hauptdiagnosegruppen, bei denen der OET durchgeführt wurde.

Für neue Interessenten sei der OET nochmals kurz dargestellt. Er basiert auf der elektrisch-negativen Oberflächenladung des Erythrozyten, welche eine Anreicherung großmolekularer Proteine in der Randzone des Erythrozyten bewirkt. Darunter befinden sich außer den Immunglobulinen auch Immunkomplexe. Diese werden durch ein schonendes Fixier- und Färbeverfahren zu ihrer Sichtbarmachung im strengen Phasenkontrastverfahren vorbereitet. Durch sieben Kriterien wird die Erythrozytenrandzone mit dem Phasenkontrastwert PW in 15 Stufen klassifiziert. Durch Mittelung resultiert daraus die erste Meßzahl des OET, die PW-Zahl.

1. Mykosen	170
2. Allergien	136
3. Chronische Tonsillitis	108
4. Tumoren	90
5. Hyperlipidämien	69
6. Rheum. Polyarthrit	53
7. Migräne	43
8. Autoimmunthyreoiditis	38
9. Diabetische Retinopathie	32
10. Tinnitus	24
11. Akute Virusinfekte	14
12. Alkoholleber	12
13. Arthrosen	12
14. Unklare Cystopyel.	12
15. Depressionen	11
16. Makulopathie	10
17. Osteoporose	10
18. Tumorverdacht nach OET	10
19. Ulcus cruris	10
20. Akne	9
21. Eitrige Bronchitis	9
22. Gicht	5
23. Helicobacterträger	5
	<hr/>
	893

Tabelle 1: OET von 641 Patienten bei 23 Diagnosen.

Die zweite Meßzahl, die EVI-Zahl, ergibt sich aus der Beurteilung der Fläche, des sogenannten Pallors der Erythrozyten. Der unter Mikroskop erkennbare Plasmaproteinfilm kann bei der Fixierung und Färbung nach *Wollmann* und *Linke* (den Farbstoff liefert SANUM-Kehlbeck) auf der dem Betrachter zugewandten Fläche des Zelleibes der Erythrozyten charakteristisch faltenähnliche Gebilde aufweisen. Wenn der Anteil der Erythrozyten bei Auswertung von 200 bis 400 Zellen mit derartigen Veränderungen 65% übersteigt, so liegt ein begründeter Verdacht einer Erkrank-

ung mit Steigerung von Entzündung, Regeneration oder Wachstum vor. Wenn dabei auch die PW-Zahl die Marke von 4,5 übersteigt, besteht der Verdacht auf tumoröses Wachstum. Da Linke in tierexperimentellen Tumormodellen nachweisen konnte, daß die Konstellation $PW > 4,5$ und $EVI > 65\%$ schon ab der fünften Tumorzellteilung (64 Tumorzellen, was dem sogenannten Morulastadium entspricht) positiv wird, ist mit dem OET ein praktikables Verfahren zu einer Tumorfrühanzeige geschaffen worden.

Diese geringen Tumorgrößen sind sonst mit keinem bildgebenden Verfahren nachweisbar. Sie ermöglichen eine frühzeitig medizinische Intervention im Sinne einer Rekonvaleszenz des Tumorbettes, welches die Umwandlung von Normalzellen in Tumorzellen begünstigt. Sie ermöglicht des weiteren eine Abwehr der relativ wenigen Tumorzellen, wie etwa durch eine erfolgreiche Immunstimulation mit dafür ausgewiesenen biologischen Arzneimitteln.

Ergebnisse mit dem OET bei Tumorpatienten

Möglichkeiten des OET-Einsatzes, wie aufgezeigt, interessieren am meisten, deshalb sollen im folgenden die Patientengruppen mit gesichertem Tumorbefund oder mit Tumorverdachten nach den Ergebnissen des OET ausführlich dargestellt werden. Beide Gruppen konnten nicht größer sein als angegeben, weil meine Praxisgröße keine größere Zahl erlaubt. Auch hatte *Linke* zuerst nur mit dem Test nach *Fonti* [1] gearbeitet, der allein den EVI umfaßt und



noch eine hohe Fehlerquote aufwies. Linkes Bemühungen stießen dadurch zunächst auf breite Ablehnung mit der Folge, daß es schwierig war, den Test mit der jetzigen Aussagequalität bekannt bzw. akzeptabel zu machen. So etwa war der Leiter des hiesigen Tumorzentrums aus seiner Sichtweise als Pädiater an dem Test nicht interessiert, da Kinder als wachsende Organismen in der Regel einen EVI > 65 Prozent zeigen, was eine akzeptable Aussage zu einer Bösartigkeit irgendwelcher Körperprozesse erschwert. Bezeichnenderweise kam auch eine Förderung des Projektes durch Institutionen und Gesellschaften, die vorgeben, an der Krebsfrüherkennung und -behandlung interessiert zu sein, trotz Angebot und Nahebringen des OET nicht zustande.

In Tabelle 2 sind die Daten der bestätigten und befundenen Tumor-Patienten mit den Diagnosen und den grundsätzlichen Therapien darge-

Alter: 56,0 ± 13,8 Jahre	
Geschlecht:	
77 Frauen, 26 Männer	
Mammakarzinom	39
Gebärmutterkarzinom	17
Karzinomverdacht infolge OET	10
Prostatakarzinom	6
Dickdarmkarzinom	4
Melanom	3
Ungeklärte Karzinome	3
Magenkarzinom	2
Nierenkarzinom	2
Bronchialkarzinom	2
Hodenkarzinom	2
Weitere Karzinome: Einzelnennung	12
Therapie:	
MUCOKEHL (vz. auch ARTHROKEHLAN U), SELENOKEHL, Helixor, Cell Oxygen, UVB.	
Erfolg:	
27 nicht beurteilbar, 23 schlecht, 53 gut.	

Tabelle 2: OET bei 103 Tumorpatienten (Übersicht).

stellt. Der Therapieerfolg ließ sich in 27 Fällen nicht beurteilen, da es sich hierbei um nur einmal zugesandte gefärbte Ausstriche handelte. Bei 76 Patienten ließ sich der Verlauf beurteilen. Die Patienten waren mit wenigen Ausnahmen mit den konventionellen Behandlungsformen vorbehandelt. Die hier angegebene Therapie war also additiv bzw. nachbehandelnd. Die Relation von 53 Behandlungen mit gutem Ergebnis zu 23 mit Verschlechterung kann als beachtlich gut bezeichnet werden. In den 53 sind allerdings die zehn Patienten enthalten, bei denen der Tumorverdacht primär aufgrund des OET-Er-

gebnisses ausgesprochen wurde, der Tumor somit in einer noch sehr geringen Ausprägung bestand.

Die Verläufe der PW und der EVI von 90 Patienten sind in den Bildern 1 und 2 dargestellt, die der zehn Tumorverdachtsfälle in Bild 3 (PW) und Bild 4 (EVI). Bei den letztgenannten Fällen erfolgte in fünf Fällen eine nachträgliche Absicherung durch bildgebende Verfahren bzw. durch Operation. In den anderen Fällen wurden auf Wunsch der Patienten Therapien nach unseren Erfahrungen angewandt (siehe Tabelle 2).

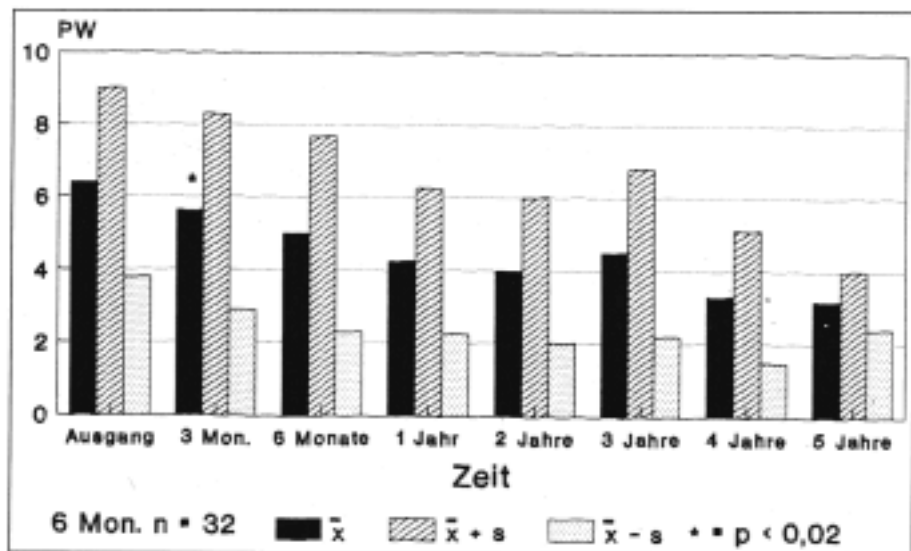


Bild 1: OET bei 90 Tumorpatienten (PW im Therapieverlauf).

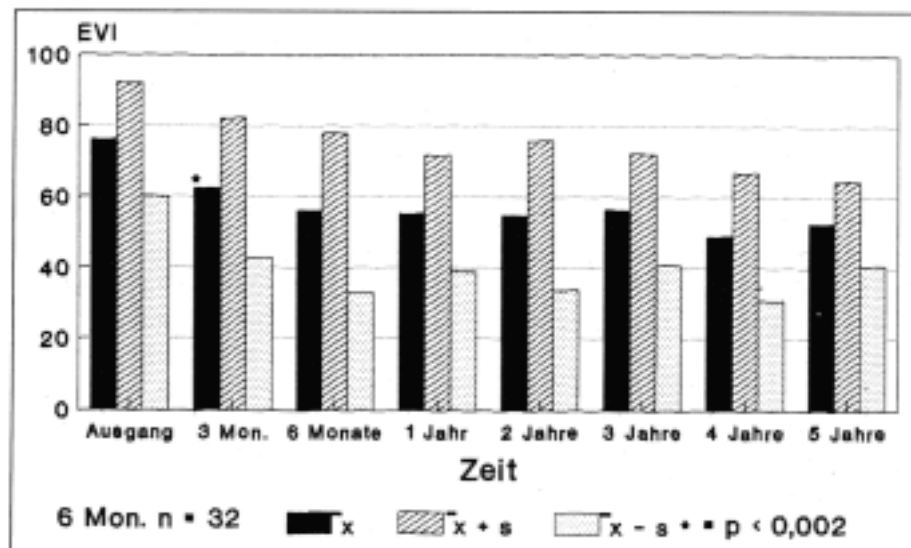


Bild 2: OET bei 90 Tumorpatienten (EVI im Therapieverlauf).

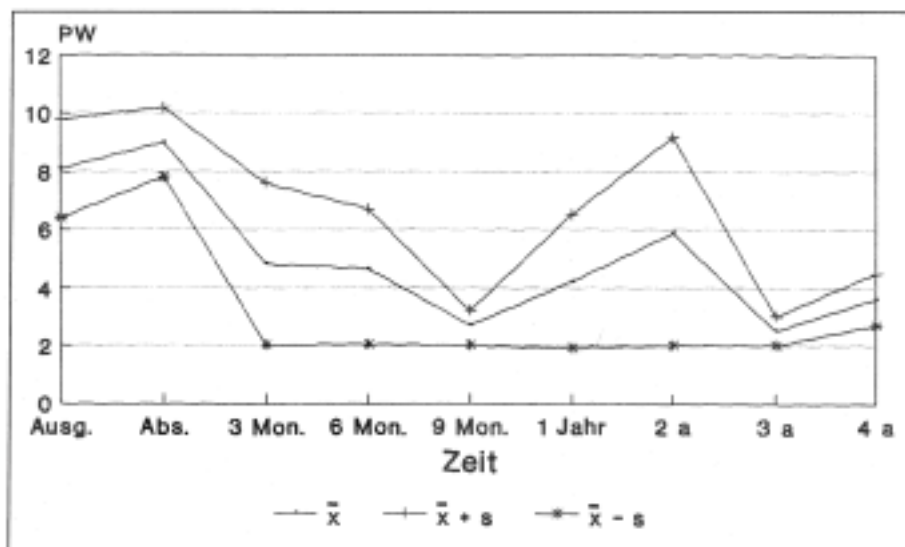


Bild 3: OET bei Karzinomverdacht (Verlauf des PW unter Therapie).

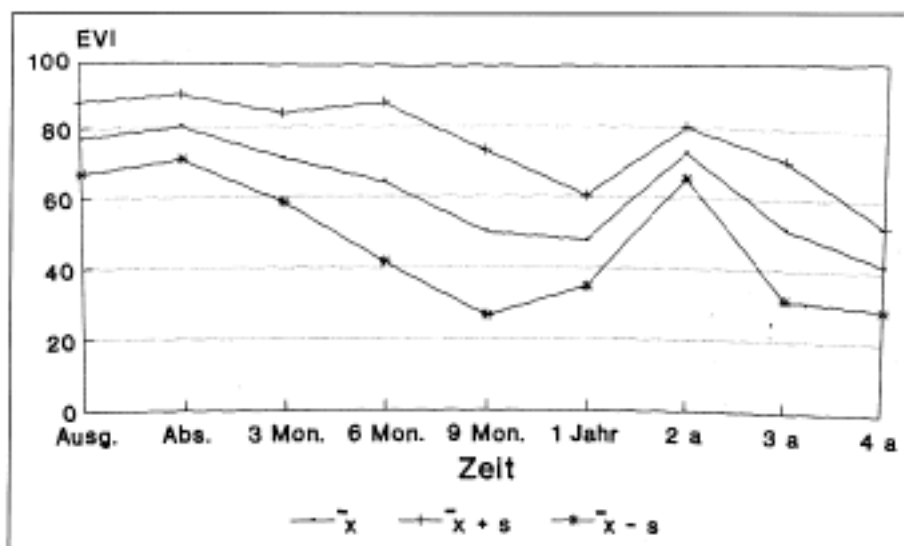


Bild 4: OET bei Karzinomverdacht (Verlauf des EVI unter Therapie).

Diskussion

Der OET wurde von Linke in seiner Monographie als wissenschaftlich belegter Test zur Diskriminierung zwischen immunologischer oder entzündlicher Krankheitsursache einerseits und Tumoranzeige andererseits einem breiten, interessierten Publikum vorgelegt. Der Beweis seiner Relevanz wurde mit Hilfe der Kellerschen Kriterien für neue Labortests [7] an 747 Patienten erstmals belegt. Wir können diese Relevanz in der Praxis an bisher 641 Patienten - zum Teil mit einer Dauer der Verläufe von bis zu fünf Jahren - bestätigen. Damit regen wir zu einer breiteren Anwendung des OET auch in kleinen

Praxen an. Wenn auch unsere Erfahrungen zur Tumorphylaxe zahlenmäßig noch gering sind, so sollten diese Erfahrungen als Pilotstudie doch einiges bereits denen aussagen, die an dem Modell einer solchen Prophylaxe interessiert sind und zum Beispiel Therapieerfahrungen statistisch überwachen und kontrollieren wollen.

Die in unseren Verlaufsbeobachtungen festgestellte erneute Verschlechterung der Werte des PW und des EVI ein bis zwei Jahre nach Therapiebeginn deuten darauf hin, daß ein Jahr währende Therapiebemühungen möglicherweise nicht ausreichen, das Terrain von der Tumornei-

gung zu befreien. In manchen Fällen kann es aber auch sein, daß die betroffenen Patienten die gebotene Einhaltung einer gesünderen Lebens- und Ernährungsweise nach dem anfänglichen Wohlergehen vernachlässigten.

Da der Einsatz der Tumormarker nach wie vor mit einem Fehler > 20 Prozent behaftet ist und sie ihrer Kosten wegen noch immer nicht voll zu einer Tumorfürherkennung akzeptiert werden, ist der OET alternativ dazu als praktikable und kostengünstige Methode zur Frühanzeige und in der Nachsorge zu empfehlen. Dabei können die Tumormarker nur unempfindlicher und damit unsicherer in ihrer Aussage sein, da wir heute wissen, daß erst der Plasmaproteinfilm der Erythrozyten abgesättigt sein muß, bevor ein positives Testergebnis aus dem Serum erzielt werden kann.

In weiteren Folgen wird der Einsatz des OET in der Überwachung auch anderer Diagnosegruppen dargestellt.



Schrifttum

- [1] Fonti, C. J.: Die hämatologische Diagnose des Krebses. Medizinische Klinik 49 (1954), 180-183.
- [2] Frick, G.: Zum Einsatz des Optischen Erythrozytentests. SANUM-Post 22 (1993), 16,17.
- [3] Frick, G.: Begleitende Krebstherapie mit UVB/HOT - Monitoring mit dem Optischen Erythrozytentest nach Linke. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 35 (1994), 736-738.
- [4] Frick, G.: Ultraviolettbestrahlung des Blutes (UVB) und Hämatogene Oxidationstherapie (HOT) in Kombination mit isopathischen Mitteln beim Multimorbiden. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 38 (1997), 181-187.
- [5] Frick, G.: Erfolgsbeurteilung mit Optischem Erythrozytentest nach Linke. SANUM-Post 40 (1997), 2-5.
- [6] Frick, G.; Tonn, M.: Verbesserungen zum Optischen Erythrozytentest nach Linke. SANUM-Post 34 (1996), 13.
- [7] Keller, H.: Der laborärztliche Befund. Medizinisches Labor 30 (1977), 219-231.
- [8] Linke, A.: Der erythrozytennahe Plasmaproteinfilm. Morphologische und biophysikalische Grundlagen für eine Methode zur mikroskopischen Krebsfrühestanzeige. Semmelweis-Verlag, Hoya (1991).