Pfeiffersche Blutkristallisation und Malignom-Bereitschaft

Ein Arbeitsbericht.

Ate Koopmans

1. Einführung

In diesem Artikel soll einiges berichtet werden aus einem praxis-orientierten Versuch zu der Frage, in wie weit die Pfeiffersche Blutkristallisationsmethode (BK-Methode) etwas zur Erfassung einer Disposition zur malignen Tumorbildung beitragen kann. In mehreren Veröffentlichungen wurde (direkt oder indirekt) angedeutet, daß die BK-Methode einen Beitrag zur Diagnostik bösartiger Geschwülste geben kann (*Bessenich* 1960, *Selawry* und *Selawry* 1957). Selawry modifizierte die Pfeifferschen Versuchsbedingungen. So definierte sie z.B. verschiedene Typen von sogenannten Querlagerungen, die mehr oder weniger spezifisch für das Vorhandensein eines malignen Tumors sein sollten. Sie prüfte die Blutkristallisationsbilder (BK-Bilder) von unbehandelten Karzinomkranken, bei denen Malignome histologisch gesichert waren, und stellte fest, daß in 91 % der Fälle die von ihr definierten Formtypen 1 «vollcharakteristisch» und 3/4 «deutlich» auftraten. Bei Behandlung der Tumorkranken verringerten sich diese 91 % auf 56 %.

Wir folgten in gewisser Hinsicht einem umgekehrten Weg. Von 177 Patienten beurteilten wir das BK-Bild «blind» (d.h. ohne Kenntnisnahme klinischer und anamnestischer Daten) bezüglich Bildcharakter, -gesten und -zeichen, die unseres Erachtens als Hinweis auf eine Veranlagung zur Bildung bösartiger Geschwülste zu gelten haben. Nur das Alter des Patienten war dem Beurteiler bekannt.[1] Dieses ist erfahrungsgemäß von Bedeutung für die Beurteilung der Bilder, da sie eine gewisse, auf das Alter bezogene Änderung durchmachen können, die individuell und zeitlich sehr unterschiedlich verlaufen.

Bezüglich der Frage nach Verdacht auf Malignomdisposition (MD) wurden die Beurteilungen der BK-Bilder in drei Kategorien aufgeteilt. Nachträglich sind aufgrund der vom Arzt angegebenen klinischen und anamnestischen Daten die Patienten ebenfalls

1 Hinsichtlich der Bedeutung des Alters des Patienten für die Beurteilung des BK-Bildes siehe 3.3 sowie den nachfolgenden Artikel: «Zum Begriff der Malignomdisposition im Hinblick auf die Blutkristallisations-Methode».

in drei Kategorien gruppiert worden. Die klinisch-anamnestischen Kategorien wurden mit denen der Beurteilung der BK-Bilder in Beziehung gebracht, um die Signifikanz dieser Beziehungen zu prüfen. Nach Schilderung und Diskussion der Ergebnisse werden wir einiges zur Frage der praktischen Verwendbarkeit der BK-Methode ausführen. Zur Begriffsbildung bezüglich der Disposition zu bösartiger Geschwulstbildung vergleiche man den anschließenden Artikel.

2. Prüfungsansatz und Ergebnisse

2.1 Das Zustandekommen der Patientengruppen

Die Patientengruppe ist aus den Praxen von Allgemeinmedizinern zustandegekommen. Es handelt sich somit um Menschen, die aus irgendeinem Grunde einen Arzt aufsuchten. Mit Bezug auf die hier relevante Frage nach bösartiger Geschwulstbildung stellte sich heraus, daß 21 % der Patienten klinisch oder anamnestisch Malignomträger waren oder gewesen waren. Ferner ist ersichtlich, daß ein relativ großer Prozentsatz (55 % der Nicht-Malignompatienten) der BK-Untersuchungen vom behandelnden Arzt eingeschickt wurde mit der Frage nach «Präkanzerose, Karzinombereitschaft, Malignomdisposition» und dergleichen. Dies hängt zusammen mit einem gewissen Erwartungsmuster des Arztes bezüglich der BK-Methode.

Die Blutproben wurden von den Ärzten eingeschickt als «Routineuntersuchungen». Von einer speziellen zahlenmäßigen Erfassung oder einer besonderen Auswertung im Hinblick auf das Thema «Malignom» war ihnen nichts bekannt. Die «Selektion» liegt somit in der Einschätzung und Beurteilung der Patienten durch den behandelnden Arzt und dessen Erwartungsmuster bezüglich der BK-Methode.

2.2 Die klinisch-anamnestischen Kategorien

Alle Patienten die Malignomträger waren oder gewesen waren, wurden derselben Kategorie zugeordnet – unabhängig von dem Zeitpunkt, an dem sie einen malignen Tumor aufwiesen. Dies geschah, weil detailliertere Aufteilungen in einerseits «das Malignom ist manifest zum Zeitpunkt der Blutentnahme (inklusive sechs Monate vorher)», und andererseits «das Malignom ist zeitlich weiter zurückliegend» hinsichtlich der zahlenmäßigen Ergebnisse keine wesentlichen Unterschiede aufzeigten. Eine Aufteilung in «die Geschwulst ist manifest» oder «zeitlich zurückliegend» schien deshalb nicht sinnvoll. Neben den Malignompatienten (im oben erwähnten Sinn), teilten wir die Nicht-Malignompatienten in zwei Gruppen ein. Die eine war «präkanzeroseverdächtig» in dem Sinne, daß die Frage relevant war; bei der anderen war die Frage nach Malignomdisposition etc. angeblich nicht relevant. Diese Einteilung fußt also auf einer Beurteilung des behandelnden Arztes und seiner Einschätzung anamnestischer und diagnostischer Daten. Das Begleitformular der BK-Untersuchung enthält Fragen bezüglich Anamnese, klinische Befunde etc., und schließlich die «spezielle Fragestellung» weshalb die Blutprobe eingeschickt wurde.