

**Artikel von Friedrich Lautemann, entnommen: [www.geistig-frei.com/forum/index.php?topic=3374.0](http://www.geistig-frei.com/forum/index.php?topic=3374.0)**

*„Die Binsenweisheit, dass Wirkungen nicht von wissenschaftlichen Nachweisen abhängen, ist in der Schulmedizin unbekannt geblieben oder wird zumindest ignoriert. Der erfolgte oder nicht erfolgte Nachweis ändert an der Wirkung gar nichts.“*

*(Hans Kaegelman, Arzt und Autor des Buches: Herz-Kreislauf-Krankheiten endlich im Griff)*

Gesundheit ist ein Informationsproblem. Je weniger gesund ein Mensch ist, desto größer wird die Bedeutung dieses Wertes für ihn. Sich in Sachen eigener Gesundheit verantwortlich zu informieren, kann man nicht delegieren, nicht einmal auf den Arzt seines Vertrauens, weil das Interesse an der eigenen Gesundheit bei niemandem größer ist als bei einem selbst. Ärzte sind allerlei Irrtümern und nicht selten Entscheidungsfaktoren ausgesetzt, welche den Gesundheitsinteressen des Patienten abträglich sind. Will man gesund bleiben oder seine Krankheit überwinden, ist es sehr hilfreich, sich gut zu informieren.

Für Infarktpatienten und Infarktgefährdete mag es sich verwunderlich anhören: Die medizinische Wissenschaft kennt einen Stoff, mit dem sich Herznekroseerkrankungen (Nekrose: lokaler Gewebetod in einem Organ als schwerste Folge eines Sauerstoffmangels oder anderen örtlichen Stoffwechselstörungen) statistisch in hohem Maß durch orale Einnahme eines fast völlig nebenwirkungsfreien Medikaments verhindern lassen. Das Wirkmittel heißt Strophantin, das Medikament Strodival und ist wie Digitalis ein Herzglycosid, wenn auch eines mit anderer protektiver Wirkung. Die Wirkung von Digitalis beschränkt sich auf die Verbesserung der Kontraktilität des beschädigten Herzmuskels.

Strophantin haben Pharmaindustrie und Schulmedizin zu einem Außenseiterdasein in einer Gesellschaft verurteilt, in der zwei Millionen Menschen an Herzinsuffizienz leiden: Aus diesem Heer von Herzkranken gehen die jährlich sage und schreibe 270.000 Herzinfarktfälle hervor, von denen ein Drittel der Betroffenen sofort oder auf dem Weg ins Krankenhaus sterben, der Rest geht in die klinische und ambulante Behandlung der Schulmedizin: Eine sich ständig vermehrende, stabile Nachfrage nach ärztlichen Leistungen, pharmazeutischen Präparaten und Bestattungsunternehmen. Anstatt diese massenhaft auftretenden Herzerkrankungen durch den kunstgerechten Einsatz von Strophantin zu verhindern, zumindest drastisch zu reduzieren, werden über Jahrzehnte gesammelte segensreiche Erfahrungen mit Strophantin an ungezählten Herzpatienten in deutschen Kliniken und Arztpraxen beiseite geschoben.

In diesem Gesundheitsinfo wird ein chronologischer Abriss der wechselvollen Geschichte des Hormons Strophantin gegeben, das den unerreichten breiten therapeutischen das Herz schützenden Nutzen dieses Wirkmittels und das für seine Anwendung Wesentliche darstellt. Die Hauptinformationsquelle ist das Sachbuch des Internisten, Herz- und Strophantin-Spezialisten *Hans Kaegelman*: „*Herz-Kreislauf-Krankheiten endlich im Griff*“. *Kaegelman* ist amtierender Präsident der Internationalen Gesellschaft für interdisziplinäre Wissenschaften. Seine Postanschrift ist: Postfach 1168 in 51556 Windeck.

Hier die atemberaubende Geschichte eines der segensreichsten Medikamente in der kardiologischen Krankenbehandlung:

1859 erkrankte der Engländer *Dr. Kirk*, Konsul von Sansibar, auf einer seiner Reisen ins Sambesigebiet an einer Tropeninfektion. Er klagte über beklemmende, stechende Schmerzen in der Herzgegend. *Dr. Kirk* hatte in seinem Reisegepäck Samen der Liane **Strophantus gratus** gesammelt. Er hatte erfahren, dass die dortigen Eingeborenen aus diesen Samen ein Pfeilgift herstellten. Die eingesammelten Strophantussamen verunreinigten seine Zahnbürste, die er wie die Samen in seinem Reisegepäck mit sich trug. Beim Zähneputzen verschwanden wie durch ein Wunder seine Herzbeschwerden. Mit diesem Urdoppelblindversuch beginnt die Geschichte eines

der segensreichsten Arzneimittel, das der Menschheit zufällig in die Hände fiel: *Dr. Kirk* brachte den Strophanthussamen nach England. Konsul *Kirk* berichtete über seine Erfahrung, die er während seiner Reise ins Sambesigebiet beim Zähneputzen gemacht hatte: Sie deutete auf eine verblüffende Arzneiwirksamkeit.

1862 erfolgten pharmakologische Versuche mit Strophanthin durch den Edinburger Arzt *Thomas Fraser*. Er stellte einen alkoholischen Auszug des Strophanthussamens her und erprobte sein Produkt 16 Jahre klinisch.

1865 wurde Strophanthin in zunehmend großem Umfang in der von *Dr. Fraser* entwickelten und klinisch an seinen Herzpatienten erprobten Form als Arznei verwendet, nicht nur in England, aber dort besonders. Fortan gehörte das peroral (über den Mund) angewendete Strophanthin im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert zu den umfangreichsten Anwendungen von Medikamenten.

1893 wurde Strophanthin als Tct. (Abkürzung von Tinctura = Tinktur) Strophanthi, dem alkoholischen Auszug des Strophanthussamens, in das Deutsche Arzneibuch offiziell aufgenommen. Seitdem wird Strophanthin vorrangig im deutschsprachigen Raum angewendet und durch die renommiertesten Kliniker ihrer Zeit gerühmt:

1893, im selben Jahr der Registrierung des Medikaments im Deutschen Arzneibuch, erklärte der Wiener Universitätsklinikler *Brestowski* orales Strophanthin als dem Herzglycosid Digitalis (Glykoside sind pflanzliche, in Zucker spaltbare Verbindungen) überlegen. Digitalis hat heute Strophanthin fast vollkommen verdrängt: zu Unrecht, wie man sehen wird.

1901 gaben die deutschen Universitätsklinikler *Ludolf von Krehl* und *Jürgensen* im Handbuch der Inneren Medizin aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen eine ähnliche Beurteilung ab wie ihr Wiener Kollege *Brestowski*. Der Heidelberger Arzt *von Krehl* galt damals als bedeutendster deutscher Herzspezialist. Er rühmte die „vorzügliche Eignung“ oralen Strophanthins sowohl bei Herzinsuffizienz (Herzschwäche) als auch „in all den zahlreichen Fällen von Myokarderkrankungen“ (Myokard ist der Herzmuskel mitsamt eines bestimmten Teiles der Herzwandschicht), in denen keine Herzschwäche, aber doch Behandlungsbedürftigkeit bestehe. „In der Regel“, so der Herzspezialist, „ergäben sich „ausgezeichnete Erfolge“ des „ganz vortrefflichen Strophanthins“.

*Jürgensen* bezeichnete orales Strophanthin gar als „einzigartig“ unter den Herzmitteln, da es längere Zeit hindurch genommen werden könne und die „ernsthaften Vergiftungserscheinungen“ des Digitalis nicht auslöse.

1902 lobte der Erlanger Universitätsklinikler *Adolf Strümpell* die Tinctura Strophanthi im Gegensatz zu Digitalis als von „entschieden günstigeren Wirkung“ bei folgenden Diagnosen: Lungenödem, akute Herzinsuffizienz infolge Infektionskrankheiten wie Pneumonie (Entzündung der Lunge), Grippe, Scharlach, Typhus, akuter Herzinfarkt, Stenokardien (Angina pectoris-Anfälle: oft ein Durchgangstadium einer bedrohlichen koronaren Herzerkrankung, die unbehandelt zum Tod führt, auch Herzbräune genannt) und stauungslosen Doppelinsuffizienzen (globale Herzleistungsschwäche: sowohl die linke als auch die rechte Herzhälfte arbeiten mit verminderter Pumpkraft).

Strümpell dosierte 3 mg täglich oder 2 mg stündlich Tct. (Tinctura) Strophanthi. Rechtsherzinsuffizienzen behandelte er mit Strophanthin-Digitalis-Mischtherapie.

1907 rühmte *von Krehl* die Überlegenheit der Strophanthintinktur, wenn über einen längeren Zeitraum medikamentöse Behandlung erforderlich sei, und Digitalis „unter allen Umständen“ schon nach wenigen Tagen ausgesetzt werden müsse.

Bis 1905 bildeten die Linksmuskelschäden, die nicht hydropisch dekompensierten (also ohne die Symptomatik der Wasseransammlung verlaufen), das hauptsächlich therapeutische Anwendungsfeld für die Strophanthintinktur. Für die zu hydropischer Dekompensation tendierenden

Rechtsherzinsuffizienzen wurden beide Herzglycoside – Digitalis und Strophanthin – angewendet.

1902 wandte der Essener Praktiker *Mendel* als erster Strophanthin auch intravenös an. Der Arzt *Albert Fränkel* übernahm diese intravenöse Applikationsform (Verabfolgen durch die Nadel) und führte sie

1906 in *Krehls* Klinik erfolgreich vor. Die intravenöse Applikationsform ermöglichte es, größere Mengen des Wirkstoffes an das Herz heranzubringen. Es erwies sich, dass die therapeutische Breite des intravenös dargereichten Strophanthins sehr gering ist: sie liegt zwischen 0,1 und 0,5 mg.

Höhere intravenös applizierte Dosen von Strophanthin führten in den USA zu Todesfällen. Das vor allem im deutschsprachigen europäischen Raum bewährte und erfolgreich eingesetzte Herzmittel setzte sich aus diesem Grund in den Vereinigten Staaten von Amerika nicht durch. In Deutschland dagegen wurde es zu dem am meisten intravenös verabreichten Medikament. Todesfälle infolge von ärztlichen Behandlungsfehlern gab es nicht. Strophanthin bewährte sich auch, wenn es dem Herzpatienten intravenös gegeben wurde.

Während die intravenöse Strophanthintherapie in Deutschland ihren Siegeszug antrat, geriet die perorale Therapie in Verruf: Zu unrecht hieß es plötzlich, Strophanthin durch den Mund eingenommen werde vom Darm nicht resorbiert, gelange also nicht in die Blutbahn und so nicht in das Herz, seinen Bestimmungsort.

„Rückwirkend“ – so *Kaegelmann* in seinem außergewöhnlich informativen Sachbuch über die Herz-Kreislauf-Erkrankungen (es ist kein Strophanthinbuch wie das von *Rolf-Jürgen Petry* „*Der mögliche Sieg über den Herzinfarkt*“) – „ist es schwer verständlich, wie in kurzer Zeit ein derart gravierender Verlust längst wissenschaftlich bekannter und geläufiger Tatsachen möglich wurde. Eine derartige Kuriosität wirft auf den in der medizinischen Wissenschaft herrschenden Verstand und auf die in ihr geltende Verantwortung ein ungünstiges Licht.“

So einfach wie man Licht ausdreht war es eines Tages möglich, das segensreichste Herzmedikament seiner Bedeutung zu berauben. Die Motive der Agitateure waren nicht besonders ehrenvoll. Millionen von Herzpatienten, die keiner fragte, hatten das Nachsehen. Viele von ihnen bezahlten den höchsten Preis: den ihres Lebens. Viele werden diesen Preis noch bezahlen, wenn es nicht gelingt, Strophanthin den ihm zukommenden Platz in der Herztherapie zurückzugeben.

1914 wies *Johannessohn* einwandfrei nach, dass Strophanthin nicht im Magen-Darm-Kanal zerstört oder seiner Wirkung beraubt wird, weder durch Säuren noch durch Alkalien in natürlich vorkommenden Konzentrationen, auch nicht durch Enzyme (Fermente als Katalysatoren für die biochemischen Vorgänge) und auch nicht durch sonst etwas.

1928 verhalf *Edens*, damals renommiertester deutscher Herzspezialist, der intravenösen Strophanthinbehandlung zum Durchbruch. Strophanthin wurde zu dem Arzneimittel, mittels dessen die Ärzte in Deutschland die intravenöse Injektion erlernten. Edens verwandte Strophanthin intravenös und rektal (durch den After), und zwar sowohl für Links- wie für Rechtsherzinsuffizienzen.

In der Folgezeit setzten sich die führenden deutschen Herzkliniker, darunter *Siebeck* und *Volhard*, für Strophanthin als das Digitalis überlegene Herzglykosid ein, und zwar nachdrücklich. Aschbrenner bezeichnete Edens Strophanthinbehandlung als „Großtat der Inneren Medizin, vergleichbar der Insulinentdeckung“.

Mehr als die Linksherz- wurden die Rechtsherzinsuffizienzen behandelt, und zwar mit einer durchschnittlichen Dosis von 0,25 mg. Edens verwendete auch kleinere intravenöse Dosen, etwa 0,0625 mg (1/6 Milligramm) mit protektiv (schützender) antistenokardischer Wirkung, allerdings ohne positiv inotrope, also positive Wirkung auf die Kontraktilität des Herzmuskels, allerdings auch ohne negative inotrope Wirkung auf die Kontraktilität und damit auf die Pumpleistung des Herzmuskels, wie es bei Betablockern, Barbituraten und Morphinen der Fall ist.

1936 wies *H. H. Meyer* nach, dass bei Einnahme von Strophanthin keine Spuren des Herzmittels in

den Fäzes (Stuhlgang) zu finden sind: mithin keine Verdachtsmomente dafür, die den Standpunkt rechtfertigen würden, Strophanthin werde durch den Darm nicht resorbiert.

1937 fand *Gollwitzer* heraus, dass Strophanthin den Sauerstoffverbrauch des Herzens steigert.

1941 behandelte *Kroetz* stark ödematöse Rechtsherzinsuffizienzkrankte (ödematös = in Form eines &Uuml;dems: massive Ansammlung nicht gerinnender Flüssigkeit z. B. in den unteren Beinen oder der Lunge) mit stark erhöhtem Strophanthinbedarf parenteral (über den Darm) mit stark unterdosierter Strophanthinmenge unvorteilhaft mit Zäpfchen. Trotz dieser schlecht gewählten Verabfolgungsweise waren seine Behandlungserfolge 15 mal höher als ohne Strophanthingaben und nur halb so niedrig wie mit üblicher intravenöser Strophanthinbehandlung.

1942 ermittelte *Gremels* eine Sauerstoffsparswirkung durch Strophanthin.

1943 betonte *Sarre, Schüler* und Kliniknachfolger *Volhards*, den grundsätzlichen Wirkunterschied zwischen Strophanthin und Digitalis. Da perorales (durch den Mund verabreichtes) Strophanthin im Gegensatz zum intravenös applizierten vorzüglich nur auf Linksherzinsuffizienzen wirkt, nicht aber ausreichend auf hydropisch dekompensierende Rechtsherzinsuffizienzen (also mit der Symptomatik der Wasseransammlung im Gewebe verlaufen), entstand kurioserweise das wissenschaftliche Märchen, orales Strophanthin sei wirkungslos. Man schloss in interessierten Kreisen messerscharf, dass nicht sein kann, was nicht sein darf: ein nicht sehr seltenes Phänomen.

1943 erklärte *Edens* in der nun schon 3. Auflage seiner Digitalis-Fibel, dass die Zeit kommen werde, in der man die Unterlassung der Strophanthinbehandlung als Kunstfehler verurteilen werde.

1944> starb *Edens*. 1945 endete bekanntlich die globale Katastrophe des Zweiten Weltkriegs. Am deutschen Wesen, auch nicht am deutschen Gesundheitswesen, sollte nun nach dem Willen der Sieger- und Besatzungsmächte niemand mehr genesen. Unter amerikanischem Einfluss ging die Anwendung und damit auch das Wissen um ihren therapeutischen Nutzen für Herzkrankte nach und nach verloren, obwohl einige Kliniken weiterhin Strophanthin intravenös in großem Umfang, sogar vorbeugend als Infarktprophylaxe, anwendeten.

1947 setzte der Stuttgarter Internist *Berthold Kern* die Erforschung von Strophanthin und seiner Anwendungsmöglichkeiten fort und hob die medizinischen Erkenntnisse weit über das zuvor Erreichte hinaus.

1948 schlug *Kern* die perlinguale Anwendung (durch die intakte Zungenschleimhaut hindurch) von Strophanthin vor.

1949 folgte die Pharmafirma Boehringer *Kerns* Vorschlag und gab Strophoral in Tablettenform heraus. Strophoral wurde umfangreich verordnet und verwendet.

Im selben Jahr gab Boehringer die von *Kern* verfasste Broschüre „*Die Linksinsuffizienz*“ heraus. Darin wird der Leser über die Besonderheiten und über die Erfolge mit Strophoral informiert.

1951 publizierte *Kern* über die orale Strophanthin-Behandlung in Buchform. Boehringer Mannheim gab eine Studienreihe „*Für und wider die orale Strophanthin-Therapie*“ heraus. In ihr kamen namhafte Kliniker zu Wort.

1954 bestätigte *Professor Max Halhuber* als erster Universitätsklinikler der Nachkriegszeit die positive gute Wirkung von Strophoralin einem Aufsatz in der Zeitschrift „*Medizinische Klinik*“.

1955 traten in den USA Todesfälle infolge von ärztlichen Behandlungsfehlern in Form überdosierter intravenöser Injektionen von 1 mg Strophanthin auf. Die Folge dieser in der Öffentlichkeit falsch dargestellten und in Sensationsmanier aufgebauchten Todesfälle war eine generelle Abwendung von Strophanthin und die Beschränkung auf Digitalis. Dass die bedauerlichen Todesfälle die direkte Folge ärztlichen Versagens war, wurde in der Pressekampagne unterschlagen. Strophanthin wurde zugunsten von Digitalis und anderen Therapeutika in Amerika aus dem Feld geschossen. Eine Kampagne gegen Strophanthin sollte bald auch in Deutschland gestartet werden. Dahinter verborgen: Pharmainteressen und die Verteidigung wissenschaftlicher Irrtümer von Medizinern, die davon

beseelt waren, nur die Meinungsgegner irrten.

1969 formierte sich die Front der Schulkardiologie gegen Strophantin, als *Kern* in seinem Buch „*Der Myokardinfarkt*“ das seit 1776 bestehende Modell über die Ursache des Herzinfarktgeschehens durch eine neue Theorie ersetzen wollte: Nicht Arteriosklerose (Arterienverkalkung mit Veränderungen der Gefäßwand, die durch arteriosklerotische Plaques die Verengung der Gefäßlichtung zur Folge haben) führe zur Blutstromunterbrechung in den Herzkranzgefäßen oder anderswo in einer Koronararterie durch Thrombus oder Embolie und damit infolge Sauerstoffmangels zur Entstehung von Nekrosen (Absterben von Herzmuskelgewebe als Folge einer örtlichen Stoffwechselstörung). Vielmehr sei der Verschluss der Herzkranzarterien durch eine Thrombose Folge des Herzinfarkts und der Herznekrosen und nicht seine Ursache: Nirgends gebe es Endarterien im Herzmuskel. Seine Ernährung und Sauerstoffversorgung erfolge aus dem Netz, ungestört selbst bei einem Verschluss der einen oder anderen Netzmasche. Ursache des Absterbens von Herzmuskelgewebe sei vielmehr eine Übersäuerung des Herzmuskels, die zur Nekrotisierung von Herzmuskelgewebe (Absterben von Herzmuskelgewebe), zur Herzschwäche oder plötzlichen Herztod führe. Diese Myokardkrankheiten lassen sich durch Strophantingaben größtenteils verhindern beziehungsweise erfolgreich behandeln. Dadurch werde dem Infarkt, auch dem Reinfarkt, nach bereits erlittenem Infarkt vorgebeugt und Herznekrosen verhindert.

1970 legte *Dr. Berthold Kern* eine Statistik aus seiner eigenen Praxis über 15.000 mit Strophantin behandelten Fälle vor, von denen keiner einen Reinfarkt erlitt.

Mit zwei Vorträgen zum Thema Infarktverhütung durch Strophantin im Deutschlandfunk forderte *Kern* die Schulkardiologen mächtig heraus. Wissenschaftslehre und Praxis hatten einen großen Konflikt. Die Absage der Rebellen an die 200 Jahre alte Überzeugung der gesamten Schulmedizin, die Koronarthrombose löse den Herzinfarkt und dieser den Tod von Herzmuskelgewebe aus, gepaart mit dem Konzept einer oralen Strophantin-Therapie mit der Verheißung, mit dieser auch noch Herzinfarkte und andere Herzkrankheiten verhindern und erfolgreich und sehr einfach, auch preiswert, nämlich ambulant – behandeln zu können, dies alles war zuviel, um von der orthodoxen Kardiologie akzeptiert zu werden.

**1971 luden die Verfechter der orthodoxen Koronartheorie *Dr. Kern* und weitere Kardiologen aus den Reihen der neu gegründeten Gesellschaft für Infarktbekämpfung zu einem wissenschaftlichen Disput ein. Am 19. November 1971 trafen sich die deutschen Herzspezialisten im Heidelberger Höhenrestaurant „Molkenkur“. Aus dem Treffen von Berufskollegen wurde kein fruchtbarer wissenschaftlich ernst zu nehmender Disput unter der Fragestellung: Können wir – die Eliten – mit den neuen Erkenntnissen Kerns etwas für die Gesundheit unserer Bevölkerung tun? Aus dem Treffen wurde in den Worten Kaegelmanns „eine Strafaktion“ der konservativen Kardiologen „nach dem Schema mittelalterlicher Inquisition“. Sie fühlten sich in ihren Interessen bedroht und ihrer Ehre verletzt. Denn mit *Kerns* Kernsatz, dass orales Strophantin den Herzinfarkt, Killer Nummer 1 unter den Volkskrankheiten, sicher verhüte, sahen sie einen ungeheuerlichen Vorwurf: Sie behandelten ihre Patienten falsch, weil sie ihnen Strophantin vorenthielten. Fortan ging es nicht mehr um medizinischen Fortschritt in der Behandlung von Herzkranken durch Strophantin und die allgemeine Nutzbarmachung in Jahrzehnten entstandenen Wissens durch den größten Lehrmeister: die Erfahrung durch Beobachtung. Es ging darum, dass die Ärzte in aller Welt den von *Dr. Berthold Kern* aus kollegialer Rücksichtnahme nie ausgesprochenen Vorwurf der bewussten Falschbehandlung nicht auf sich sitzen lassen wollten.**

Die Schulmedizin begann eine Kampagne, die sie auf ihren eigenen und von der Pharmaindustrie abgeleiteten öffentlichen Einfluss stützten. Die Anregung von *Prof. Ulrich Gottstein*, Frankfurt, an die Kontrahenten, man solle die Streitfragen mit wissenschaftlichen Methoden klären, wurde „nach allem, was an Behauptungen und Beleidigungen durch die Massenmedien gegangen sei“, ausgeschlagen und nach den Worten von *Prof. Gotthard Schettler*, Heidelberg, als Zumutung angesehen.

Strophantin wurde mit falschen Argumenten in Verruf gebracht. Sie sitzen in den Köpfen der meisten Kardiologen fest, darunter das immer wieder nachgeplapperte, oral verabreichte Strophantin werde nicht ausreichend resorbiert, um als Herzglycosid zu wirken. Boehringer Mannheim stellte die Produktion von Strophoral ein. Die Gesundheitspolitik schaute nicht hin, welchen Segen – auch für die Gesellschaft durch Entlastung der Sozialkassen – die kunstgerechte Anwendung von Strophantin für ein unüberschaubares Heer von Betroffenen jetzt und in der Zukunft entfalten könnte. Die Gleichgültigkeit der Politiker ist schon verächtlich, die sie gegenüber den Menschen und dem Gemeinwohl an den Tag legen. Ihre Verantwortung erwies sich bisher im Fall Strophantin und Herzinfarktverhütung als eine Scheinverantwortung.

Zum Glück gilt: Wer heilt, hat Recht. Zum Glück gilt: Die Wahrheit hat sich noch immer durchgesetzt, wie viele Umwege sie auch gehen muss.

Zurück zur Chronologie:

1972/73 veröffentlichen *Manfred von Ardenne* und *H. G. Lippmann* in den *Cardiologischen Bulletins* einen Aufsatz über den Beginn der Schutzwirkung bei oraler Applikation: Perlinguale Gaben von Strophantin wiesen eine sehr hohe Resorption auf und seien daher zur Infarktprophylaxe und Schnelltherapie von Myokardinfarkten in Notsituationen vor der Möglichkeit der Realisierung ärztlicher Hilfe geeignet. „Aus den wieder gegebenen Messreihen folgt, dass mit perlingualer Gabe nach angegebener Vorschrift das Strophantin vom Patienten selbst in der Stunde der Not mit guter und sicherer Wirkung applizierbar ist.“

1973 wies der schwedische Kardiologe *Ehrhardt* durch Einlagerung eines Kontrastmittels nach, dass Koronarthrombosen in allen Fällen nach der Herzmuskelnekrose und nicht vorher entstehen.

1976 veröffentlichte die *Medical Tribune* in Nr. 44 eine Stellungnahme *Manfred von Ardenne*s zur Frage der Resorption des Wirkmittels, nachdem die Kritiker diese Frage wieder aufgeworfen hatten: „Es liegt eine gewisse Tragik darin, dass *Herr Greef*... die perlingual gegebene Strophantinmenge nur zu einem sehr kleinen Teil in Blutkreislauf und Organismus wieder fand, weil er mit seinen Messungen zu spät nach Gabe begann und zu früh vor Ausscheidung aufhörte. So kam er... zu dem falschen Resultat, dass es lingual (über die Zungenschleimhaut) nur zu 1-2 % resorbiert wird. Aus direkten Messungen nach perlingualer Gabe von Tritium-markiertem g-Strophantin, die wir schon eine Minute nach Gabe begannen, ergab sich u. a.:

1. Die Resorption beträgt 70 % und mehr.

2. Nur etwa 3 Minuten nach Gabe besteht eine hohe Konzentration im Blutkreislauf (Wiederfindung!). Schon nach 10 Minuten ist die Konzentration in Folge der ungewöhnlich schnellen Evasion (Eliminationsvorgang, der zur Verringerung des Wirkstoffs führt) aus dem Kreislauf auf etwa 1/500 abgesunken (Nichtwiederfindung!)... „

1981 berichtete der Bergwerkarzt *Johannes Grabka* über das Ergebnis der Schnelltherapie stenokardischer Herzanfälle (*Angina pectoris*) mit perlingualem Strophantin (Zerbeißkapseln) durch ausgebildete Helfer in der Schachanlage Westerholt-Polsum in Gelsenkirchen. Traten von 1972-1974 unter 229 Herzanfällen 11 Todesfälle auf, so waren es von 1975-80 unter der Strophantin-Schnelltherapie null Todesfälle.

Im selben Jahr berichtete die Strodival-Hersteller-Firma Herbert, Wiesbaden, über 3.645 schriftliche Äußerungen praktizierender Ärzte über ihre Erfahrungen mit dem Strophantin enthaltenden Medikament **Strodival**: 3.552 Stellungnahmen, das sind 98 %, waren eindeutig positiv. 93 – zwei Prozent – fielen eingeschränkt positiv aus. Eine negative Stellungnahme gab es nicht.

1984 untersuchten G. G. Beltz und andere im Institut für Kardiovaskuläre Therapie in Wiesbaden und B. Schneider, Professor der Biometrie-Abteilung der Medizinischen Hochschule Hannover mit klinisch-pharmakologischen Methoden die unterschiedlichen Strophantin-Wirkungen. Die durchgeführten Experimente bestätigten die große Therapiebreite perlingual applizierten Strophantins und seine Risikoarmut.

Im selben Jahr veröffentlichte der Industrielle in der Recyclingbranche und Infarktpatient *Erich Klimanek* ein populäres Buch „*Wer informiert ist, lebt länger!*“. Darin nimmt die Bedeutung des Wissens um die Vorbeugung und Behandlung mit Strophantin eine hervorragende Stellung ein.

Der Arzt *R. E. Dohrmann* informiert im selben Jahr 1984 über die positive Wirkung kombinierter Behandlung mit Strophantin und Pentoxyfillin (Firmenname Trental), das die Erythrozytenflexibilität verbessert (ermöglicht den Durchtritt roter Blutkörperchen durch extrem dünne Poren und beeinflusst die Fließeigenschaft des Blutes). 122 Patienten waren nach einer Woche, 22 weitere nach zwei Wochen „vollständig beschwerdefrei“.

1985 berichteten *Professor B. Schneider* und *Hans Salz*, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universität Bonn, über das Ergebnis einer nach strengen Kriterien durchgeführten placebokontrollierten doppelblinden Praxisstudie über die Wirkung perlingual applizierten g-Strophantins an 30 Patienten mit typischer Angina pectoris und typischem pathologischem EKG-Befund. Es ergab sich ein signifikanter positiver Therapieeffekt durch Strophantin.

Im selben Jahr publizierte *Josef Herrmann*, der als Chemiker **Strodival** entwickelte und viele Jahre betreute und überwachte, über den Versuch, „eine sich schlüssige und in der Empirie (Wirklichkeit) bestens bewährte Therapie mittels des wissenschaftlich irrelevanten Resorptionsbegriffes über Jahrzehnte immer wieder zu diskreditieren“.

*Hans Nieper*, der den amerikanischen Präsidenten John F. Kennedy behandelt hatte, schreibt in seinem 1985 veröffentlichten Buch „*Revolution in Medizin und Gesundheit*“: „Es liegt an der Orthodoxie der Lehre und der vorherrschenden Methode, die es verhindern, mit dem Geld, welches das Volk aufbringt, die drückenden Probleme einer Lösung näher zu bringen. Ein klassisches Beispiel dafür ist die Herausgabe der so genannten Greiser-Liste, in der eine Reihe von deutschen Hochschullehrern lebenswichtige, unersetzbare Medikamente für die Herzbehandlung und zur Verhütung des Herzinfarktes als unbrauchbar erklären, weil sie diese nicht anerkennen. Ein Übergriff in die von der Verfassung garantierte Freiheit der Wahl, wie er krasser und reaktionärer nicht sein könnte. Natürlich wird das Verdikt über Medikamente ohne jedwede praktische eigene Erfahrung der dort beteiligten Hochschullehrer ausgesprochen.“

Es handelt sich um so genannte „Mietmäuler“. Sie jubeln Medikamente für ihre Auftraggeber von der Pharmaindustrie hoch, andere – unliebsame – reden und schreiben sie kaputt. Ihr unwürdiges Motto vom ethischen Standpunkt: wes Brot ich ess, des Lied ich sing.

„Aus der Geschichte war schon früher Ähnliches bekannt“, schreibt *Hans Nieper* in seinem Buch. „Es führte immer zur Disqualifikation der Verdammer, nicht der verdammten Medikamente.“

1988 gab *R. Ellinger* eine gedrängte Übersicht über g-Strophantin peroral. Darin sind die wichtigsten wissenschaftlichen Arbeiten und die Bestandteile der komplexen Gesamt-Herz-Prävention übersichtlich angeführt. Sie enthält den Hinweis, dass g-Strophantin nur innerhalb von 30 Minuten präventiv wirken kann. Danach sind die Mikrozirkulationsstörungen mit Übergang in die Myokardnekrose irreversibel. Das bedeutet, dass Infarktgefährdete die Zerbeisskapseln unterwegs mit sich tragen müssen.

Im selben Jahr veröffentlichte *Dohrmann* seine **kritischen Anmerkungen zur Wirksamkeit von g-Strophantin**:

„Bis Mitte des vorigen Jahrhunderts war Strophantin im deutschsprachigen Raum allgemein anerkannt und weit verbreitet. Demgegenüber hielt Strophantin im angloamerikanischen Sprachraum und Frankreich keinen nennenswerten Einzug in die Herztherapie... Es ist denkbar, dass patriotische Neigungen dazu beitrugen. Wie nicht selten wurden mit der Zuwendung zur angloamerikanischen Sphäre bewährte eigene Methoden all zu schnell als obsolet deklariert... So wurden an einer bekannten westdeutschen Universitätsklinik von einem sich selbst als bedeutend deklarierten kardiologischen Ordinarius die Anwendungen von Strophantin kategorisch verboten...“

Strophantin besitzt eine kardioprotektive Wirkung und bereichert die therapeutische Palette des

Arztes...

Vorteile von Strophantin:

1. Keine Kontraindikationen...

2. keine Interaktionen zu anderen erforderlichen Medikamenten bekannt. Auch... Digitalisierung führt zu keiner toxischen Überdigitalisierung.

3. Die von weniger als 10% angegebenen Nebenwirkungen von perlingual genommenem Strophantin in Form von Zahnfleischreizungen sind unbedeutend, ebenso... die teilweise leichte laxierende (abführende) Wirkung...“.

1989 entdeckten *R. J. Adams* und *T. Powell* zwei verschiedene Rezeptoren (Empfangsstationen einer Zelle oder eines Organs für spezifische Reize) im Herzmuskel, die auf verschieden starke Konzentration unterschiedlich ansprechen. Dadurch scheint die verschiedenartige Strophantinwirkung... zustande zu kommen: inotrope (mit Wirkung auf die Leistungsfähigkeit oder verbesserte Kontraktilität des Herzmuskels) durch höhere Dosen des Medikaments, protektiv-antistenokardische (bei Angina pectoris schützende) durch niedrigere Dosen, wobei die Dosierung von der Applikationsform induziert (vorgegeben) ist.

1991 riet *Kaegelman* dem Chemiker der Farbwerke Hoechst *Walter Dürsch* zur **Strodival**-Therapie. Er war durch die Hölle seiner Herzerkrankung gegangen, hatte mehrere Herzinfarkte durchgemacht und Bypässe gelegt bekommen. Die Behandlung Dürschs durch den Internisten und Strophantinker *Hans Kaegelman* verzögerte sich durch die gesellschaftliche Unterdrückung des Medikaments, das sich später für *Dürsch* als Lebensretter erwies. Ging es *Dürsch* während der langen Behandlungszeit ohne Strophantin immer schlechter, trat unter der Behandlung mit **Strodival** eine rasch fortschreitende Besserung ein. Aus Dankbarkeit verfasste der Naturwissenschaftler *Dürsch* eine 867seitige, zweibändige Buchdokumentation über seine Geschichte und das „göttliche“ Strophantin.