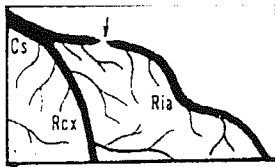


Allgemeine Kurzinformation zur Stenokardie- und Infarkt-Verhütung

Diejenigen Herzmuskelschäden, die zu Angina pectoris, Stenokardien, auch Infarkten führen (können), entstehen nicht koronar, vor allem nicht durch Koronar-"Sklerose" oder -"Mangeldurchblutung". Denn auch hinter einem Koronarverschluß (Röntgenbild, Pfeil) herrscht Volldurchblutung von Myokard und extramuraler Koronarfortsetzung: durch das dichte Intramural-Netz aus großkalibrigen, beliebig schnell und weit adaptierbaren Arterienanastomosen (im Röntgenbild unsichtbar) werden Extramural-"Sklerosen" mehrhundertfach schneller überbrückt als sie entstehen. Sogar nach Totalverschluß aller drei Hauptkoronarien zeigt daher die Koronar-Füllung und -Strommessung weiter "indistinguishably" normale Blutversorgung, nicht etwa "Koronarinsuffizienz" (entgegen herkömmlicher Lehre).



Stenokardien und Infarkte entstehen vielmehr trotz Volldurchblutung unabhängig vom Koronarzustand aus Linksmyokardschäden. Deren Ursachen in Vorgeschichte und Gegenwart: Infekte, Überanstrengungen durch Hypertonie, Beruf oder Sport, Hungerdystrophien, Kriegseinflüsse, Diabetes, Hormon- und Mineralstörungen, Sauerstoffmangel, Eiweißmangel, Anämien, Katecholamine unter Psychostreß, Störherdeinflüsse, enterogene Intoxikation, Tachykardien und viele andere Noxen. Deren Folgen im Linksmyokard summieren sich, ihr Gesamtschaden besteht oft schon latent seit der Jugend, er ist irreversibel, verschlechtert sich langsam weiter, aber beginnt meist erst nach der Lebensmitte mit Symptombildung.

Solche geschädigten, dysthetischen Linksherzen sind metabolisch gestört: Dysmetabolie mit Azidose (Säuerung). Dieser chemische Mißstand - erst er - verursacht dann:

- Linksmyokardsymptome: Herzbeschwerden aller Art, auch Schmerzen, Angina pectoris, Stenokardien, oft mit Ausstrahlen; kardiale Schlafstörungen in der zweiten Nachthälfte, z.T. nach Angst- und Schreckträumen, mit Schweiß, Luftmangel, Herzbeschwerden; Mißgefühle beim Linksliegen; Minderung der kardialen und damit allgemeinen Leistungsfähigkeit; nicht selten auch kardiogene Hypertonie, die das Myokard noch schneller weiterschädigt; und anderes mehr. Diese Symptome sind niemals "rein" nervös, koronar, psychogen, klimakterisch, funktionell, senil, vegetodyston usw. bei "gesundem" Myokard,
- Jahrelanges Fortbestehen der Dysmetabolie schädigt den Herzmuskel immer mehr, mit der üblichen Zunahme der Myokardsymptome und der Azidose, wenn nicht mit Strophanthin usw, korrigiert wird: endogene Selbstverschlechterung der Linksmyokardschäden.
- Ist diese Verschlechterung mit Dysmetabolie-Zunahme weit genug fortgeschritten, so kann ein geringer Anlaß genügen, um in den Linksinnenschichten die Azidose über die Grenze der Myokard-Lebensfähigkeit zu steigern. Dann sterben Myokardzellen ab, stets zuerst in Kleinherdnekrosen, dann konfluierend zu Großnekrosen: so entsteht der "Infarkt".

Ein Zentralfaktum zur Therapie und Prophylaxe ist, daß Strophanthin dank seiner positiven Chemotropie die Dysmetabolie solch dysthetischen Linksmyokards wieder renormalisieren, euthetisieren kann. Damit werden Stenokardien usw. beseitigt und Infarkte verhindert (s.u.). Hierfür ist Strophanthin unentbehrlich, kein anderes Mittel oder Glykosid wirkt so; vor allem nicht Digitalis, die mit ihrer negativen Chemotropie den Myokard-Chemismus noch mehr dysthetisiert, die Azidose steigert und oft Digitalis-Stenokardien, Digitalis-Infarkte provoziert. Für diese Hauptindikation des Strophanthins ist die orale Applikation vorteilhafter als die intravenöse, auch wegen absoluter Ungiftigkeit beliebig hoch dosierbar. Präparate hierfür - bewährt seit 120 Jahren - stehen in allen Kulturländern mit wissenschaftlich modernem Arzneistandard zur Verfügung. In der Bundesrepublik meistverwendet: Strodival mr, mit der häufigen Dosis 3 mal täglich 3 Kapseln geschluckt, etwa 1/2 Stunde vor den Mahlzeiten. Doch ist je nach persönlichem Bedarf auch mehr nötig oder weniger schon ausreichend.

Das Therapieziel ist eine Euthesie des Linksmyokards so weit, daß jene Symptome beseitigt und weiter ferngehalten sind; höchstens nur noch selten unter besonderen Belastungen kurz und gering auftreten. Hierfür ist die Strophanthindosierung individuell auszuprobieren und dem oft wechselnden Bedarf laufend optimal anzupassen.

Wichtig: Strophanthin ist zu solcher Myokard-Euthetisierung zwar unentbehrlich, aber für sich allein erreicht es nicht immer schon optimale Symptom- und Infarktfreiheit. Dann ließe die allzu einfache Vorstellung "Mit dreimal täglich Strophanthin nie wieder Herzinfarkt" doch noch vermeidbare Stenokardien, gar Infarkte aufkommen. Um auch sie zu verhüten, sind je nach Lage des Falles zusätzliche Maßnahmen zur direktern und indirekten Euthetisierung nötig: Recosenin-Injektionen, zytoplasmatische Therapie, Hypertonien müssen gesenkt werden, Tachykardien sind zu bremsen (am besten auf etwa 70-75 p.M.), weil sie den Strophanthineffekt in den Linksinnenschichten mindern oder hindern, es sind neurale Störherde zu inaktivieren, Infekte zu sanieren, Hyperglykämien, Hormon-, Mineral- und Sauerstoffmängel zu beheben, Anstrengungen über das Maß des myokardmetabolisch Möglichen hinaus zu meiden, Umwelttoxene auszuschalten, durch Kostformen alimentäre Schäden zu vermeiden, und Anderes mehr.

In der Regel sind die Strophanthingaben, avtl. mit Zusatzmaßnahmen, lebenslang zu gewähren. Denn der zugrundeliegende Linksmyokardschaden ist irreversibel. Doch bleibt er ungefährlich, wenn nur seine schädliche Folge (azidotische Dysmetabolie) stets optimal korrigiert wird, mit laufender Anpassung der Therapie nach Art und Maß an den wechselnden Bedarf. Dann ist das

Dauer-Ergebnis solcher Linksmyokard-Euthetisierung (Dysmetabolie-Korrektur):

- a) die Linksmyokardsymptome sind verschwunden oder bis zur Belanglosigkeit vermindert;
- b) die sonst unvermeidliche Verschlechterung des Linksmyokards unterbleibt, oder wird doch bis zur Ungefährlichkeit abgeschwächt, verzögert; und
- d) Infarkte bleiben aus, sie können im Zustand solcher Euthesie (Eumetabolie, Symptomfreiheit) nicht mehr eintreten, unabhängig vom Zustand der Koronarien.

Das ist im Prinzip seit 1928 bekannt (E.Edens, 1876-1944), wurde dann in Praxis, Klinik und Tierversuchen weiter aufgeklärt, und hat sich bestätigt, wo auch immer sachgerecht nach vollzogen.

Stuttgart-Studie:

Kontrollierte Langzeit-Prospektiv-Studie
zur Infarktverhütung durch Linksmyokard-Euthetisierung
an 15000 älteren Kranken mit Stenokardien usw.
1947-1967 = 21 Jahre = 55000 Patientenjahre

| in 55.000 Patientenjahre | Infarkte | |
|-----------------------------|----------------|----------------|
| | insgesamt | davon tödlich |
| Bundesgebiet 1947-1967 | ca. 530 | ca. 130 |
| Stuttgart- Studie | ca. 20 | keiner |

Als Beispiel dafür das Ergebnis der sogenannte Stuttgart-Studie: von denjenigen Infarkten, die unter herkömmlicher "Koronartherapie" ohne Strophanthin unverhütet auftreten, werden durch Linksmyokard-Euthetisierung mit Strophanthin, doch ohne Koronarmaßnahmen 96% verhütet ihre tödlichen Ausgänge sogar zu 100%. Koronarmaßnahmen erübrigen sich hierzu: selbst wenn sie den Koronarzustand je ändern könnten, wäre dies ohne Einfluß auf die nicht koronar entehenden Linksmyokardschäden und ihre Folgeinfarkte.

Bei Patienten mit Stenokardie-Infarkt-Krankheit Linksmyokardschaden) sollte daher stets zuerst solche breitgefächerte Linksmyokard-Euthetisierung genutzt werden; noch vor jedem Gedanken an Koronartherapien, die damit meist entbehrlich werden.

Ergänzende Informationen am ausführlichsten in: B.Kern, der Myokard-Infarkt, Haug-Verlag Heidelberg, 3. Auflage - ein Lehrbuch der Linksmyokardiologie zur Infarktverhütung. Darin Anhänge zur pathoanatomischen, biochemischen und experimentalbiologischen Begründung, zur optimalen Steuerung der Therapie, und zur theoriegeschichtlichen Wende der modernen Infarktforschung vom "Koronarismus" zum "Myokardismus" (nach amerikanischem Slogan).