

# Neuraltherapie – diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie, Herd- und Störfeldgeschehen

Bericht über die Speyerer Tage der Akademie für Neuraltherapie

In seinem Eröffnungsreferat „Neuraltherapie aus der Sicht des Neurophysiologen“ stellte Professor Zimmermann, Heidelberg, klar, daß man die Wirkungen der Neuraltherapie durchaus neurobiologisch interpretieren kann. Bei Injektion eines Lokalanästhetikums werden zahlreiche sensible Nerven erregt und/oder deren Erregung unterbrochen. Diese Veränderungen im peripheren Nervensystem können

- ▶ die nervöse Leitung von Schmerznachrichten blockieren,
- ▶ in motorische Reflexe eingreifen,
- ▶ fehlgesteuerte sympathische Reflexe unterbrechen,
- ▶ über somato-viszerale Reflexe auf innere Organe einwirken oder
- ▶ zentralnervöse Schmerzhemmung auslösen.

Welche(r) dieser Mechanismen bei den vielfältigen Erscheinungen der Neuraltherapie mitwirken, muß durch vermehrte Forschung ermittelt werden.

Professor Kellner, Wien, behandelte das Thema „Wundheilung – Wundheilungsstörung und Möglichkeiten der Neuraltherapie“. Die normale Wundheilung, im gesetzmäßigen Ablauf mit den einzelnen histologischen Phasen und Reaktionen dargestellt, kann durch nicht abbaufähiges und permanent Substanz abgebendes Fremdmaterial gestört sein; die Heilung verändert sich nach Zeit und Qualität. Insbesondere durch Kunststoffe bei tiefen Nähten wie auch durch verschiedene monomere oder niedermolekulare Substanzen ausgelöst, beginnt die Wundheilungsstörung mit einer Ver-

längerung der granulozytären Phase. Schließlich verändert und verzögert das Fremdmaterial die Fibrosierung; es entstehen Schwachstellen in der Narbe, die zum Störfeld werden und somit auch neuraltherapeutisch behandelt werden können. Nur wenn es mit einer oder mehreren Injektionen gelingt, durch Reaktivierung im gestörten Narbengewebe die störende Ursache abzubauen, meist körperfremd gewordene Eigenproteine, stellt sich der Erfolg ein. Andernfalls muß nicht abbaufähiges Material mit einer Narbenexzision beseitigt werden.

Das Thema von Dr. Gross, Frankfurt, hieß „Gefäßzone und Quadrantensyndrom“. Schwer einzuordnende chronische Schmerzzustände können auch Ausdruck einer Irritation des periarteriellen autonomen Nervensystems sein mit dann vasaler arterieller Topographie. Die gleichzeitige Irritation des Grenzstrangs des Sympathikus führt zu schmerzhaften Reizzuständen in benachbarten Gefäßzonen im oberen Quadranten (z. B. A. subclavia, Karotis) oder im unteren (z. B. A. iliaca interna/externa). Die sympathische Innervation der Arterien passiert den Grenzstrang oder wird dort synaptisch umgeschaltet. Die Störungen, charakterisiert durch abnorme Topographie, lassen sich nicht in ein peripheres, radikuläres oder segmentales Muster einordnen. Im Bereich der Sympathalgie bestehen Senkung der Schmerzschwelle (Dysästhesie), vasomotorische Störung (Dyskinesie), lokale Störung der Homöostase (Dyskrasie) und unter Umständen trophische Störungen (Dystrophie). Sie ist in der Regel von

deutlichen Verstimmungen begleitet (Dysthymie). Sympathalgien können durch mechanische, traumatische und entzündliche Irritationen der großen Gefäße entstehen. Sie können aber ihren Ursprung auch im gesamten Versorgungsgebiet des irrierten Gefäßbereiches, am Grenzstrang des Sympathikus oder im autonomen Längsbündel C 8/L 2 im Rückenmark haben.

Dr. Hammer, Speyer, berichtete über „Abdominelle Erkrankungen und die Therapie über das Ganglion coeliacum“. Er stellte eingehend dar, welche Oberbaucherkrankungen mit Neuraltherapie erfolgreich zusatztherapiert werden können. Gefordert wird auch die Mitbehandlung aller Narben im Segmentbereich der erkrankten Organe, da sie als Störfelder funktionieren können. Als wirkungsvollste Ergänzung dieser Maßnahmen werden Injektionen in den abdominalen Grenzstrang oder an den Plexus coeliacus in Verbindung mit einer Injektion in die Magengrube (präperitoneale Injektion) angesehen, da mit diesen Injektionen das größte periphere Zentrum, der Plexus renalis, suprarenalis und schließlich das Ganglion coeliacum erreicht werden, welche ganz wesentlich an der Regulation der Durchblutungs-, Ernährungs- und Stoffwechselfvorgänge dieser Bauchorgane beteiligt sind. Bei zunehmenden Lebererkrankungen (jährlich 10 000) können mit diesen Injektionen vor allem Folgezustände dieser Erkrankungen günstig beeinflusst oder ausgeschaltet werden. Dies gilt auch für das sogenannte „Postcholestektomie-Syndrom“. Auch die Gegenanzeigen für diese neuraltherapeutische Injektion, wie Anomalien, und die Risikofaktoren werden erörtert.

Professor Gerbershagen, Mainz, äußerte sich zum Thema „Die Injektionstechnik an das Ganglion coeliacum und an den zervikothorakalen Grenzstrang“. Unter Würdigung der Möglichkeiten, Erkrankungen des Bauchraumes zu-

## Neuraltherapie

satztherapeutisch mit Injektionen an den abdominalen Grenzstrang oder an das Ganglion coeliacum direkt anzugehen, wird die Technik nach „Moore“ abgehandelt.

Nach Markierung bestimmter Hilfspunkte dorsal im Bereich der unteren Thoraxapertur wird mit einer 10 bis 12 Zentimeter langen Nadel paravertebral so eingegangen, daß das Ganglion coeliacum, welches ventral am oberen Rand des 1. LWK liegt, erreicht wird.

Frau Dr. Panhans, Mainz, sprach über „Komplikationen durch Lokalanästhesie“. Sie wies zusammenfassend auf die teilweise sogar lebensbedrohlichen Komplikationen hin, wie sie

- ▶ durch falsche Auswahl der Anästhesie-Lösung
- ▶ durch fehlerhafte Injektionstechnik (Verletzung von Geweben und Organen, Gefäßen oder Nerven, intravasal, Drucknekrosen)
- ▶ durch ungenügende Anamnese und Risikoaufklärung sowie
- ▶ durch Überdosierung auftreten.

Frau Professor Dr. Oepen, Marburg, behandelte das Thema „Komplikationen nach Neuraltherapie aus rechtsmedizinischer Sicht“. Komplikationen und Zwischenfälle bei ärztlichen Maßnahmen bedürfen immer eingehender Überlegungen, damit Wiederholungsfälle vermieden werden. Als Konsequenz kann sich dann die Modifizierung einer Methode ergeben oder die Schlußfolgerung, daß die Nutzen-Risiko-Relation gegen eine weitere Anwendung des betreffenden Verfahrens spricht. Obwohl die Notwendigkeit solcher Lernprozesse im allgemeinen nicht bestritten wird, ergeben sich in konkreten Fällen aus Unkenntnis sowie leider auch aus Uneinsichtigkeit Schwierigkeiten, die in interdisziplinären Gesprächen geklärt werden sollten. Hierfür wurden Beispiele angeführt und abschließend Anregungen aus rechtsmedizinischer Sicht gegeben, die zur Überwindung der

beschriebenen Fehleinschätzungen und entsprechenden Handlungen beitragen könnten.

Professor Schmeißner, Homburg (Saar), hatte das Thema „Differentialdiagnose von Schmerzzuständen im Kopf- und Kieferbereich“. Eine gezielte Therapie einschließlich der Neuraltherapie ist nur möglich durch Diagnose des bestehenden Leidens, durch Diagnose der auslösenden Faktoren und somit auch durch Differentialdiagnose und Ausschlußdiagnose. Damit soll vermieden werden, die Ursache im Schmerzbereich zu suchen, während sie tatsächlich andernorts liegt; weiter sollen Fehlbehandlungen ausgeschlossen werden, wie nutzlose Zahnextraktionen bei der idiopathischen Trigeminusneuralgie. Schmerzen im stomatologischen Bereich mit lokaler Ursache sind differentialdiagnostisch unbedeutend. Schmerzen im Kiefer-Kopf-Bereich können ausstrahlend von kardialen und renalen Erkrankungen bestehen; sie können auch mehr lokal ausgelöst werden durch die idiopathische Trigeminusneuralgie, durch seltenere Neuralgieformen (Auriculo-temporalis-Syndrom, Sluder-Syndrom, Glossopharyngeus-Syndrom, Ganglion geniculi-N.-Syndrom, Charlin-Syndrom) und durch den Bing-Horton-Kopfschmerz. Gesichts- und Kopfschmerzen können im stomatologischen Bereich ausgelöst werden durch entzündliche Erkrankungen der Zähne, der Kiefer und der umgebenden Weichteile, durch Kiefergelenkerkrankungen (Arthrosen, Myoarthropathien/myofaziales Schmerzsyndrom), durch benigne und maligne Tumoren, als Traumafolgen (Fraktur, Operationsschäden, Narben) oder durch Fremdkörper (abgebrochene Instrumente, Füllungsrest). Aufgrund dieses Erkenntnis kann die Elimination von Störfaktoren über eine Beeinflussung des Schmerzes, gerade auch durch Neuraltherapie erfolgen.

Dr. Seithel, Speyer, behandelte das Problem „Hörsturz und Gan-

glion-Stellatum-Blockade“. Entscheidend für einen Hörsturz sind starke Einschränkungen des Funktionsstoffwechsels der Innenohrhaarzellen durch ein längerdauerndes Sauerstoffdefizit. Der Grad der Primärerholung ist abhängig vom Einsetzen der Therapie (Zeitfaktor), vom Ausmaß der Hörstörung und von der Art der Behandlung, möglichst in den ersten 7 Tagen. Die Ganglion-Stellatum-Blockade stellt gleichbedeutend mit der gefäßwirksamen Infusionsbehandlung eine Sofortmaßnahme dar, die über den Sympathikus die A. basilaris und die A. auditiva interna günstig beeinflusst. Meist wird die Methode nach Herget von vorne angewendet, weniger die Methode nach Leriche-Fontaine. Segmenttherapie und Störfeldsuche erfolgen zusätzlich. Dr. Becker, Hannover, berichtete über die „Neuraltherapie als Basistherapie in der täglichen Praxis“. Wenn 75 Prozent der chronischen Erkrankungen nicht einer kausalen, sondern nur einer symptomatischen Therapie zugeführt werden können, so beinhaltet dies auch die Anwendung der Neuraltherapie mit Lokalanästhetika. Auf dem Wege der Segmenttherapie oder der Störfeldbeseitigung können Heilungen oder Besserungen erzielt werden; Fallberichte, auch auf die Akutmedizin und Geriatrie bezogen, ergänzen die Aussage. – Dr. Druschky, Bad Rappenau, referierte über „Die Neuraltherapie in der Sicht der Erfahrungsheilkunde“. Mit kasuistischen Beiträgen zu Spontanheilungen über das Sekundenphänomen zeigt er auf, daß die Neuraltherapie in bestimmten Fällen eine hochwirksame Behandlungsmethode ist, die zum Allgemeingut aller Ärzte werden sollte. Der gelungene Brückenschlag zu den Universitäten stelle einen großen Fortschritt dar. Dr. Voss, Heidenheim (Brenz), berichtet nach 35jähriger Erfahrung über die zusätzlichen Möglichkeiten für Differentialdiagnostik und Therapie durch neuraltherapeutische Maßnahmen in der Geriatrie und weiter über den Wert der nicht belastenden kutiviszeralen Dia-

## Neuraltherapie

agnostik. Die Erfolge hängen davon ab, daß sich der Neuraltherapeut mit großem Zeitaufwand, strenger Kritik, gekonnter Technik und entsprechenden Kautelen streng im Rahmen der Lehrmedizin bewegt. Unter diesem Aspekt ist Neuraltherapie keine Außenseitermethode, sondern Zusatztherapie innerhalb der sogenannten Schulmedizin.

Dr. Orth, Speyer, behandelte das Problem „Kassenarzt und Neuraltherapie“. Er gab eine Übersicht über die wichtigsten Abrechnungspositionen für neuraltherapeutische Maßnahmen und wies auf häufige Abrechnungsfehler und auf sinnvolles Verhalten im Prüfverfahren hin. Entscheidend für die Neuraltherapie sei weitestgehende Wahrung des *nil nocere*, Vermeidung von Medikamenteneinnahmefehlern oder Tablettenintoxikation, geringer Kostenaufwand, Ausbleiben teurer Überweisungsketten und mögliche Verhinderung von Operationen. Die gesicherte Anerkennung der Neuraltherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung wird aufgezeigt.

Die „Speyerer Tage 1982“ standen unter der Schirmherrschaft von Staatsminister Rudi Geil, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt in Rheinland-Pfalz, und wurden von der Akademie für Neuraltherapie, Präsident Dr. R. Seithel, Speyer, veranstaltet. Ihr Leitthema hieß „Diagnostische und therapeutische Lokalanästhesie – Herd- und Störfeldgeschehen“. Die Vorträge werden in einem Sammelband des Hippokrates-Verlags Stuttgart veröffentlicht. Die „Speyerer Tage 1983“ (22. bis 24. April) stehen unter dem Leitthema „Methoden zum Nachweis der Neuraltherapie, Gesichtsschmerz sowie myofasziale, ligamentäre und artikuläre Schmerzsyndrome“.

Professor Dr. Heinz Schmeißner  
Direktor an der Universitäts-Klinik  
für Zahn-, Mund- und  
Kieferkrankheiten  
6650 Homburg/Saar

## FÜR SIE GELESEN

### Klinische Aspekte der Delta-Infektion

In Malmö/Schweden wurden die klinischen Aspekte der sogenannten Delta-Infektion über 11 Jahre rückwirkend bei 191 Hepatitis-B-Oberflächenantigen-(HBsAg-)Trägern und bei 592 akuten Hepatitis-B-Fällen beobachtet.

Mit einigen Ausnahmen traten die Delta-Infektionen, die sich nur bei vorhandenem Hepatitis-B-Virus manifestieren, ausschließlich bei Drogenabhängigen auf.

Bei den chronischen HBsAg-Trägern war die häufigste klinische Manifestation ein akuter Hepatitis-Schub, der bei einigen Patienten mit einem deutlichen Anstieg der Serumalanin - Aminotransferase - Aktivität über mehrere Monate einherging.

Während der Delta-Infektionsperiode war der HBsAg-Titer reduziert. Bei 3 von 26 Fällen wurde der Patient HBsAg-negativ und entwickelte Antikörper gegen Hepatitis - B - Oberflächenantigen (anti-HBs).

Bei einem Patienten war die akute Hepatitis aufgrund der Delta-Infektion tödlich. Bei Patienten mit akuter Hepatitis B unterschied sich das klinische Krankheitsbild nicht, wenn gleichzeitig Delta-Infektion vorlag oder nicht vorlag.

Auch die Häufigkeit der Entwicklung einer chronischen Hepatitis war unabhängig von einer gleichzeitig vorhandenen Delta-Infektion. Die Entdeckung des Delta-Agens hat das Verständnis des natürlichen Verlaufs der chronischen Hepatitis-B-Infektion bei Drogenabhängigen verbessert.

Wahrscheinlich ist, daß akute Hepatitiden bei chronischen Trägern von HBsAg, die früher unter Hepatitis non-A, non-B liefen, tatsächlich Episoden einer Delta-Infektion sind. Auch das plötzliche Verschwinden des HBsAg, bei Drogen-

abhängigen nicht selten, kann – so die Autoren – ebenso mit der Delta-Infektion in Zusammenhang stehen. Dpe

Moestrup, T.; Hansson, B. G.; Widell, A.; Nordenfelt, E.: Clinical aspects of delta infection, *British Medical Journal* **286** (1983) 87–90, T. Moestrup, MD, Department of Infectious Diseases, University of Lund, Malmö General Hospital, S-214 01 Malmö, Schweden

### Palliativmaßnahmen beim inoperablen Ösophaguskarzinom

Über 60 Prozent aller diagnostizierten Ösophaguskarzinome sind inoperabel, bei den operablen Fällen liegt die Letalität bei 30 Prozent, die 5-Jahres-Überlebenszeit bei wenig über 5 Prozent. Aus diesem Grund gewinnen Palliativmaßnahmen wie das Einlegen eines Überbrückungstubus zunehmend an Bedeutung. In einer konsekutiven Serie von 130 Patienten analysierten englische Autoren die Prognose ihrer Patienten. Die Operationsletalität konnte auf 12,2 Prozent gesenkt werden, die durchschnittliche Überlebenszeit betrug 21,8 Monate. Kam eine Resektion des Tumors nicht mehr in Frage, wurde entweder operativ oder endoskopisch ein Celestin-Tubus in die Tumorstenose eingelegt. Die Krankenhausmortalität lag bei operativer Tubusimplantation bei 40,8 Prozent, bei endoskopischer Insertion bei 15,6 Prozent. Die durchschnittliche Überlebenszeit bei den palliativ behandelten Patienten lag bei 10,8 Monaten. Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß in geeigneten Fällen die Tumorsektion bei einem vertretbaren Risiko die besten Chancen bietet. Bei inoperablen Patienten ist eine endoskopische Tubusimplantation dem entsprechenden chirurgischen Vorgehen vorzuziehen. W

Watson, A.: A study of the quality and duration of survival following resection, endoscopic intubation and surgical intubation in oesophageal carcinoma, *Br. J. Surg.* **69** (1982) 585–588, Department of Surgery, Royal Lancaster Infirmary