

## 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 Medikamenten-Einnahmefehlern 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, Gesichtschmerz 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