

Anhänger die Begriffe „naturgemäß“ und „biologisch“ mit „wissenschaftlich nicht anerkannt“ und „ungeprüft“ gleichsetzen, nicht zu (2, 3, 5). Sie sind zum Teil sogar, zum Beispiel Zell- und Ozon-Therapie, mit einem unberechenbaren Risiko behaftet. Bei anderen Methoden, wie Akupunktur und Homöopathie, sind trotz anderer Ansprüche nicht mehr als Placebo-Effekte nachweisbar. Diese Verfahren sollten daher ebenso wie vorwiegend ideologisch begründete Heilslehren, zum Beispiel die kürzlich von Milz aus den USA eingeführte sogenannte „ganzheitliche Medizin“, die in Heft 48/1985, S. 3587 des Deutschen Ärzteblatts etwas unkritisch dargestellt wurde, nicht als „spezifisch“, „ganzheitlich“ oder „neue“ Wege zur Gesundheit weisend bezeichnet werden, da es nicht zutrifft.

Es bleibt daher zu hoffen, daß durch Brüggemanns klare Ausführungen erkannt wird, daß bei sinnvoller Anwendung bewährter Naturheilverfahren auf fragwürdige Methoden mit meist ungünstiger Nutzen/Risiko-Relation verzichtet werden kann. Diese Verfahren sollten daher auch nicht mehr in Fortbildungsveranstaltungen propagiert und zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren anerkannt werden. Dagegen verdienen die Kneippschen Anwendungen in Ausbildung, Therapie und Prävention (4) mehr Beachtung als bisher.

Literatur

(1) Brüggemann, W. (Hrsg.): Kneipp-Therapie. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 2 (1986) – (2) Oepen, I. (Hrsg.): An den Grenzen der Schulmedizin. Dtsch. Ärzte-Verlag, Köln (1985) – (3) Otto, E.: Naturheilkunde im Rahmen der Allgemeinmedizin – Erinnerungen an ein Experiment in Dresden am Anfang der Dreißiger Jahre. Ärzetz. Naturheilverf. 25 (1984) 737 – (4) Schaefer, H.: Plädoyer für eine neue Medizin. Piper, München/Zürich (1979) – (5) Schaefer, H.: Brückenschläge. Zum Verständnis zwischen Schulmedizin und außerschulischen Methoden. Fischer, Heidelberg (1983)

Prof. Dr. med. Irmgard Oepen
Institut für Rechtsmedizin
der Universität Marburg
Bahnhofstraße 7, 3550 Marburg

Hirn- und Rückenmarksverletzungen

Bericht über die Internationale Konferenz zu jüngsten Fortschritten in der Neurotraumatologie in Köln, 1986

Hauptthemen dieser Konferenz, die unter der Leitung von Professor Frowein, Köln, stattfand, waren das Schädelhirntrauma in Kombination mit Polytraumen, traumatische intrazerebrale Hämatomate, Kriterien des Hirntodes, Wirbelerkrankungen und freie Themen zur Versorgung und Diagnostik von frischen Hirn- und Rückenmarksverletzungen.

Polytraumen mit Hirnbeteiligung

Bei den Polytraumen mit Hirnbeteiligung ist die Beurteilung der Hirnfunktion von zentraler Bedeutung. Hier bietet die Einteilung in Coma-Grade einen wichtigen Maßstab zur Beurteilung des Schweregrades des Hirntraumas: Grad I: Bewußtlosigkeit mit lebhafter Abwehrreaktion; Grad II: Bewußtlosigkeit mit Paresen; Grad III: Bewußtlosigkeit mit Strecksynergismen und Anisokorie; Grad IV: Reaktionslosigkeit mit Mydriasis und fehlenden Hirnfunktionen.

Aus der Neurochirurgischen Universitätsklinik Köln wurde anhand des Krankengutes von annähernd 500 Patienten mit Polytrauma und Hirnbeteiligung in allen Fällen, bei denen das Coma IV über eine Stunde bestand, ein tödlicher Verlauf beobachtet. Bei Patienten mit Polytrauma und Coma III wurde eine Letalität bei vorwiegend thorakaler Beteiligung von 80 Prozent, bei abdominaler Beteiligung von 83 Prozent und bei vorwiegender Extremitätenfraktur von 68 Prozent beobachtet. Bei Coma Grad II war die Letalität bei vorwiegender Beteiligung des Thorax etwa 60 Prozent, bei vorwiegender Beteili-

gung des Abdomens 56 Prozent und bei Traumatisierung der Extremitäten 48 Prozent. Bei Coma Grad I ist das Schädel-Hirntrauma weniger schwerwiegend, jedoch ist die Todesrate beim Polytrauma insgesamt noch 10 bis 20 Prozent, wobei ganz wesentlich die Überlebenschancen bei allen Coma-Graden abhängig sind vom Alter des Patienten.

Das zweite Thema der Tagung galt dem Einsatz der Computertomographie (CT) zur Beurteilung der Operationsindikation bei intrazerebralen Hämatomaten. Weltweit hat die Computertomographie zu einer besseren und schnelleren Diagnostik geführt und damit auch zu einer Verbesserung der Operationsergebnisse. Die kritische Zeit zur Entlastung eines intrakraniellen Hämatoms liegt bei zwei bis drei Stunden nach dem Unfall. Die Sterblichkeitsrate steigt nach dieser Zeit steil an, und auch im Überlebensfall sind die bleibenden Schäden nach einem Hirntrauma dann am größten, wenn eine frühzeitige Entlastung versäumt wurde.

Intrazerebrale Hämatomate

Die CT-Befunde ermöglichen es, bei verzögert sich entwickelnden intrazerebralen Hämatomaten zwei Typen zu unterscheiden: Bei einem Typ entwickelt sich innerhalb von 24 Stunden eine hyperdense Zone entsprechend einer Rindendprellung, bei dem anderen Typ entwickelt sich erst in ein bis sieben Tagen nach dem Trauma in Verbindung mit klinischen Symptomen eine hyperdense Zone. Bei diesen Fällen scheint die ope-

orative Behandlung erfolgreicher zu sein als bei den frühen Fällen mit hyperdensen Zonen.

Zum viel umstrittenen Thema der posttraumatischen Spätapoplexie wurden erneut Fälle aufgrund von CT-Befunden und morphologischen Befunden vorgestellt und das Vorkommen dieser Komplikation bestätigt.

Hirntod-Diagnostik

Eingehend wurde die dritte Generation der Hirntod-Diagnostik behandelt. Sie betrifft vor allem die klinische und experimentelle Beobachtung, daß bei primären Schädigungen der hinteren Schädelgrube sich eine apnoische Hirnstammreflexie mit Coma entwickeln kann, während eine restliche hirnelektrische Aktivität noch einige Stunden überdauern kann. Deshalb muß bei der Hirntoddiagnose das Vorliegen einer primär supra- oder infratentoriellen Hirnschädigung berücksichtigt werden. Unter den instrumentellen Zusatzuntersuchungen erwiesen sich die frühen akustisch evozierten Hirnstammpotentiale als der beste Test. Der Nachweis des schrittweisen Erlöschens der intrazerebralen Komponente der frühen akustisch evozierten Hirnstammpotentiale kann die Irreversibilität des Hirnstamm-Funktionsausfalles beweisen und dadurch eine weitere Beobachtungszeit abkürzen.

Mehrere Mitteilungen wurden auch der Diagnose des zerebralen Zirkulationsstillstandes mit Hilfe der transkranialen Doppler-Sonographie gewidmet. Zum jetzigen Zeitpunkt kann die Untersuchung nur von mit dieser Technik besonders erfahrenen Untersuchern im Rahmen der Hirntoddiagnostik bewertet werden.

Die intrakranielle Durchmessung nach schwerem Schädel-Hirntrauma mit Mittelhirnsymptomen (Coma III) ergab in 38 Prozent der Fälle normale Druckwerte. Der Coma-

Grad mit Ausnahme des Coma IV ergab keine Korrelation zum intrakraniellen Druckwert. Patienten mit signifikanter Druckerhöhung haben eine schlechtere Prognose als Patienten mit normalen Druckwerten. Zur frühzeitigen Erfassung des Hirntodes ist die intrakranielle Druckmessung allein nicht geeignet.

Der letzte Teil der Tagung war den Verletzungen der Wirbelsäule gewidmet. Nach größeren Statistiken kommen 33 Wirbelverletzungen auf eine Million Einwohner. Es ist heute allgemein die Tendenz, die Wirbelfrakturen frühzeitig operativ zu stabilisieren. Hierbei sind verschiedene Methoden entwickelt worden mit dem Ziel, die Mobilisierung des Patienten, auch des Querschnittsgelähmten, schneller zu ermöglichen.

Verletzungen der Wirbelsäule

Bei oberen HWS-Verletzungen (oberhalb C 3) besteht bei Densfrakturen und Axiskörperfrakturen eine Indikation zur operativen Behandlung. Bei Verletzungen der unteren HWS (unterhalb C 3) wird bei Luxationen, Luxationsfrakturen, Kompressionsfrakturen und Wirbelstückfrakturen die operative Behandlung vorgenommen. Die Verletzungen des oberen HWS-Abschnittes werden von dorsal und des unteren HWS-Abschnittes von ventral operiert. Die operative Behandlung wurde bei allen Patienten mit und ohne neurologische Ausfälle empfohlen. Nur bei einem anhaltenden totalen Querschnittssyndrom oberhalb C 4 ist eine operative Behandlung nicht angezeigt, da die Verläufe in der Regel tödlich sind.

Bei Verletzungen des Brust- und LWS-Abschnittes ist die Indikation zur operativen Behandlung nicht generell, sondern nur je nach der Schwere der Verletzungen zu stellen. Hier wurden dorsale, dorso-laterale und ventrale Operations-Techniken vorgestellt. Auch hierbei wird eine Entlastung des Mar-

kes mit einer zusätzlichen Stabilisierung vorgenommen. Die grundsätzliche Ablehnung gegen eine operative Behandlung der Wirbelsäulenverletzungen ist heute nicht mehr gerechtfertigt.

Professor Dr. med.
Ortwin Wilcke
Neurochirurgische Klinik
der Universität zu Köln
Josef-Stelzmann-Straße 9
5000 Köln 41

FÜR SIE GELESEN

Karzinomrisiko des operierten Magens

Das Karzinomrisiko des operierten Magens wird im Weltschrifttum recht unterschiedlich beurteilt, wobei von vielen Autoren der Begriff des Operationsfolgekarzinoms abgelehnt wird. Die meisten Studien erkrankten am Fehler der kleinen Zahl. Insofern ist es zu begrüßen, daß die Autoren die Krankengeschichten von 4466 Ulkuspatienten auswerteten, die zwischen 1940 und 1960 eine Magenteilresektion wegen eines peptischen Ulkus erfahren hatten. Im Vergleich mit einer alterskorrelierten Kontrollgruppe zeigte sich, daß während der ersten 20 Jahre nach dem operativen Eingriff kein erhöhtes Krebsrisiko bestand. Dann stieg jedoch das Karzinomrisiko um den Faktor 4,5 an. Bei den wegen eines Zwölffingerdarmgeschwürs Operierten nahm das Krebsrisiko zunächst ab, ab dem 20. Jahr erhöhte es sich jedoch um den Faktor 3,7. Beim Magen-geschwür war dieser initiale Abfall nicht zu registrieren. Für die ersten 20 Jahre nach der Operation nahm es um das 3fache, dann um das 5,5fache zu. W

Caygill, C. P. J.; Hill, M. J.; Kirkham, J. S.; Northfield, T. C.: Mortality from gastric cancer following gastric surgery for peptic ulcer. *Lancet* I (1986) 929-913.

PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, 61 Colindale Avenue, London NW9 5HT, UK.