

I FOCI DENTALI O INTOSSICAZIONI FOCALI

«Il focus è una modificazione patologica locale del connettivo con formazione di materiale che non può venir eliminato, e che si trova in continua reazione sia locale che a livello sistemico. È una rottura della barriera immunitaria locale».

Glaser-Turk



Poliambulatorio Miclavez Via Liruti 12 - Udine tel 0432 229496



Storia

È interessante ripercorrere brevemente la storia della teoria dei focolai e come sia stato concettualizzato, nel corso degli anni, il processo e l'effetto a distanza di origine focale. Si potrà così notare come questa concettualizzazione abbia risentito, di volta in volta, delle teorie mediche dominanti.

1. Pässler e Rosenow (1909) credevano in un processo di tipo puramente batterico; secondo loro, cioè, l'infezione focale agiva tramite diffusione batterica a distanza.
2. Slank ampliava questo concetto parlando di tossicosi focale e supponendo che fossero in gioco tossine batteriche e non batteriche.
3. Berger (1937) ed altri, introdussero il concetto di allergia focale, nel senso che tossine batteriche (cioè i corpi batterici eterologhi) e gli endoallergeni derivanti da intensificata degradazione tissutale nei focolai infiammatori cronici, inducessero reazioni allergico-iperergiche.
4. Ricker e Speransky hanno ipotizzato un processo patologico neurale coniando la definizione di campo di perturbazione neurale.
5. Selye ha attribuito notevole importanza ai fattori ormonali legati al sistema adenoipofisi-corteccia surrenale, che controllano l'adattamento e la risposta difensiva dell'organismo agli stress.
6. Nell'ambito dell'EAV, Voll ha messo in primo piano i rapporti energetici tra focolai e organi.

Recentemente Perger ha affermato che, nonostante i grandi progressi della medicina, teorie erronee continuano a rimanere caparbiamente in vita anche con tutte le prove in contrario. Una di queste è la teoria focale.

Essa rimane ancorata al concetto che deve esserci un rapporto causale tra i batteri presenti nel focolaio e la malattia secondaria, attraverso la diffusione di germi, tossine od allergeni.

Se non si trovano tali fattori, le infiammazioni croniche latenti non avrebbero alcun significato eziopatogenetico.

Ad esempio, Müller-Ruchholtz e Matzen nel 1987, non avendo trovato alterazioni immunologiche specifiche nel caso di foci dentari, concludevano affermando che essi non hanno importanza dal punto di vista clinico.

Sul fatto che la diffusione tossica, allergenica e batterica sia molto rara nei foci dentari tutti gli autori sono d'accordo.

Ad esempio Perger, già nel 1978 trovò che, su 7.148 pazienti con foci, soltanto 121 (1,69%), presentavano diffusione batterica e soltanto 116 (1,62%) allergie batteriche. Inoltre, altri 539 pazienti (7,77%) presentavano un aumento del titolo antistrep-to o antistafilolisinico. Quindi *soltanto l'11% circa presentavano alterazioni di ordine immunologico*. Nell'86% dei casi non vi era alterazione immunologica né infettiva. *Eppure l'82% dei pazienti raggiunse una guarigione a lungo termine solo dopo l'eliminazione dei foci*. Siamo quindi costretti ad ammettere che vi sono dei

collegamenti tra agenti patogeni dei focolai e malattie generali, ma che i meccanismi di azione con cui questi agiscono sono completamente diversi da quelli studiati.

In medicina, **per focolaio si intende** un'area tissutale cronicamente alterata, la quale induce e sostiene malattie generalizzate, o affezioni localizzate, lontane dal focolaio. Quest'area contiene materiale organico o inorganico non degradabile. Tutti i focolai si trovano nel tessuto connettivo dove si svolge la regolazione vegetativa fondamentale. I focolai sono tra le cause che maggiormente danneggiano questa regolazione e possono esplicare la loro azione patologica attraverso tutte le vie di comunicazione del sistema vegetativo. In un primo tempo, specialmente nei giovani, l'organismo riesce a compensare queste perturbazioni, che però impegnano una parte delle sue funzioni difensive, rendendo l'organismo più suscettibile a contrarre malattie di diverso tipo e gravità. Il focolaio, come stato cronico infiammatorio o degenerativo, non è clinicamente manifesto e, spesso, non è neppure visibile radiologicamente. Per "campo di disturbo" si intende invece un processo infiammatorio localizzato, ma di maggiori dimensioni rispetto al focus. In questo caso il deflusso del materiale infiammatorio è ostacolato come, ad esempio, in una ostruzione calcolotica del dotto cistico, in un'appendicite occlusa da un fecaloma o in una diverticolite ostruita dall'edema della mucosa.

Il campo di disturbo può dare anche lievi disturbi locali.

La teoria dei foci ha avuto, nel nostro secolo, vari periodi in cui è oscillata dall'attribuzione di una assoluta priorità nelle malattie croniche, alla negazione totale di essa.

Dai tempi della scuola sappiamo che ad esempio le tonsille, se infette troppo a lungo, possono far ammalare il bambino di una malattia in siti distanti dall'infiammazione: i reni, l'endocardio e le articolazioni. La spiegazione che ci venne data fu che si crea una cross-reazione per cui gli anticorpi anti-*streptococco tonsillae* non riconoscono come *self* le membrane simili degli organi appena elencati, creando un'autoaggressione. Terapia: antibiotici o operazione.

Bene, nella teoria focale **il disturbo è prima di tutto ELETTRICO**. Le cellule, che normalmente sono polarizzate a circa 100 mV, in seguito a traumi chimici, fisici, infettivi, meccanici, vengono danneggiate e rimangono in uno stato di semiriposo ipopolarizzato, diciamo 10 mV. Si creano meccanismi che non sono ancora riuscito a chiarire per cui organi a distanza ne soffrono. A volte tali organi sono sui meridiani di agopuntura, a volte la connessione è puramente casuale, o "cibernetica", che è un modo per dire che non si sa.

Il focus è un'alterazione locale patologica nel tessuto connettivo lasso, per cui le reazioni di difesa locali e generali dell'organismo sono continuamente attivate. Soltanto dopo il crollo di queste barriere di difese locali, causato da agenti patogeni endogeni ed esogeni, viene attivato l'effetto a distanza del focus sull'organismo e di conseguenza la vera e propria patologia da focus.

Si tratta, in secondo acchito, di una diffusione graduale per via ematica di batteri, delle loro tossine, di allergeni derivanti dal loro metabolismo, di prodotti del catabolismo protolitici; si hanno contemporaneamente disturbi nel sistema vegetativo.

Il campo di infiammazione delimita una zona più ampia; il disturbo deflusso dei secreti infiammatori è bloccato; ad esempio dotto cistico bloccato da calcoli, appendice bloccata da coprolito, diverticolite ostruita per edema della mucosa.

Valori di misurazione di focus con l'EAV: 82-88 con Caduta di Indice (CI).

Valori di misurazione campo di disturbo attivo: 90 e più con CI.

In questo caso CI a un piede o a una mano; valore massimo di CI nell'organo colpito.

Non è possibile spiegare gli effetti a distanza di infiammazioni croniche latenti con i soli meccanismi immunologici. Infatti:

1. le manifestazioni immunologiche sono presenti solo nell'11% dei casi con foci;
2. le cause primarie degli effetti focali sono l'acidosi e la depolarizzazione protratta locali, che poi si diffondono in altre parti dell'organismo;
3. si instaurano così disturbi funzionali della normale reazione umorale vegetativa a tre tempi.

Dapprima si ha una perdita delle capacità difensive (stimoli sempre minori richiedono reazioni globali con grossa spesa di energia).

Alla fine, con stimoli duraturi, si giunge alla totale assenza di reazioni per stimoli minori, mentre per stimoli molto grandi la reazione è esagerata.

Inoltre, le alterazioni dei rapporti tra gli elettroliti conducono all'inibizione dell'ATP-asi con deficit nella produzione di energia; l'acidosi e la depolarizzazione provocano invece l'apertura delle anastomosi arterovenose periferiche con una conseguente riduzione dell'apporto di ossigeno nella zona colpita;

4. l'effetto terapeutico degli anestetici locali (fenomeno di Huneke) dimostra che le alterazioni tissutali sono più importanti dei germi presenti nell'infiammazione cronica;
5. bisogna anche considerare l'importanza del fattore tempo riguardo al dispendio di energia e di sostanze necessarie per la delimitazione dei foci;
6. l'effetto dei foci si vede anche dalle differenze tra i due lati dell'organismo, con preponderanza dei sintomi sul lato colpito.

Per concludere, l'effetto obbligato dei foci risiede nella modificazione delle funzioni biofisiche dell'organismo, che si ripercuote dapprima sul sistema di base e, in un secondo tempo, sugli altri sistemi di regolazione del processo di difesa (immunitario, nervoso, ormonale e vascolare).

Come si fa a sapere che è vero? Semplice:

- si raffredda, oppure
- si anestetizza la zona sospetta e si chiede se il male a distanza è passato. Se è passato (miracolo!) sappiamo che ad esempio il molare superiore sinistro del signor Furio gli stava creando la periartrite umero-scapolare, o che la signora Giovanna ha un canino superiore destro devitale che le sta indebolendo il meridiano del fegato, e creando dolori al menisco interno del ginocchio, attraverso cui passa appunto il meridiano del fegato. Se con il freddo il dolore passa o si modifica per qualche minuto, e con l'anestesia per qualche ora, sappiamo che quel dente è coinvolto. Dovremo valutare se estrarlo per il bene del ginocchio, o fare altro. Con la cromopuntura secondo Mandel abbiamo avuto ottimi risultati nella terapia dei foci; a volte però è necessario estrarre i denti interessati. È troppo complicato in questo trattato descrivere l'infinità di casi diversi in cui dobbiamo a volte estrarre, a volte no; è materia di insegnamento dei nostri corsi.

Chiacchierata sui foci

- Focolai: microinfiammazioni del sistema connettivo con perturbazione di organi distanti dal fuoco.
- Focolai silenziosi, ma ci sono anche focolai reattivi.
- Un focolaio reattivo NON causa sintomi diretti nell'area coinvolta nel processo.
- Un focolaio reattivo normalmente NON risponde alla valutazione clinica.
- Un focolaio non è essenzialmente batterico (*staphylococcus o streptococcus o altro*).
- Un focolaio dentale può addirittura non essere rilevato dai raggi X nel caso di osteiti, essendo un osso osteitico denso come un osso sano.

Un focus... è un bel problema, ed è difficile da diagnosticare.

Ci sono interi istituti nei paesi d'oltralpe dove specialisti di vari settori, quando non sanno più che pesci pigliare, ti mandano a fare la "ricerca focale". Fra le due guerre, ci fu probabilmente un eccesso di zelo in queste terapie "focali", per cui i colleghi pensavano di poter curare tutto eliminando i foci, e nacque uno scetticismo nei confronti di questa diagnosi e terapia, che a volte dà risultati rapidi e definitivi. Con l'avvento della medicina legale, starei molto cauto a togliere denti promettendo guarigioni che poi non avverranno; ciò nonostante, decisioni coraggiose in casi difficili vanno prese; sono i classici momenti dove il camice inizia a bagnarsi di sudore, e si è combattuti tra l'eccitazione di vedere il paziente guarito in pochi minuti, e il terrore di aver il problema di prima e un dente in meno. Il test dell'anestetico sopra descritto dovrebbe però aiutare a fugare alcuni dubbi.

Dimenticavo: questa scienza si chiama "neuralterapia", fondata da Huneke oltre 100 anni fa. A quei tempi funzionava, perché non c'era la mania dello "scientifico".

Oggi si direbbe che non è scientifica e quindi è impossibile che funzioni, e quindi si vorrebbe vietarla se fosse possibile, in quanto se è vero che togliendo un molare superiore può passare una periartrite cronica, allora se ho 100 pazienti con periartrite, e a tutti tolgo il molare superiore, a tutti o quasi dovrebbe passare la periartrite. Lascio a voi commentare l'assurdità di tale ragionamento, che per sillogismo prevederebbe il molare in causa come unica causa della periartrite!

Anestetico da usare: uno qualunque, possibilmente senza adrenalina. Per i casi difficili, usiamo *Lin EKF* in fiale, della CSM, che è anche un ottimo drenante. Per un dentista, la cosa più semplice è usare le fiale che usa sempre per le anestesie, con quel bell'ago sottile che non fa male.

I test strumentali principali per la localizzazione del focus sono:

1. Metodo di Croon, che usa correnti alternate di 9.000 Hz. Si applica tale corrente, e si vede dove fa male. Non è possibile eseguire un test dei farmaci.
2. Test EHT (ElektroHautTest) o test elettrodermico. Con un manipolo tipo "Tesla", si lanciano scarichette elettriche sulla zona mascellare, stando attenti alle zone di maggior reazione.
3. Test all'infrarosso. Anche con questi ultimi due non è possibile il test dei farmaci. Se non sbaglio, si scalda e si vede dove c'è fastidio e si arrossa prima la cute.
4. Test con l'EAV: è più lungo da imparare, ma molto più preciso e si può effettuare un test dei farmaci per eseguire una terapia opportuna.

Elettroagopuntura secondo Voll (EAV)

Con tale metodica si misura la resistenza elettrica dei vari punti di agopuntura, potendo così dedurre dai valori misurati e riportati su un quadrante lo stato funzionale degli organi collegati. I valori uguali a 50 Unità di Scala (US) ci dicono che l'organo è in equilibrio energetico.

Valori tra 50 e 100 mostrano uno stato infiammatorio, tra 0 e 50 uno stato degenerativo. Un focolaio presenta valori tra 82 e 88 US con caduta dell'indice (cioè, pur premendo con la stessa intensità il puntale sul punto, la lancetta del quadrante di misurazione scende fino a un valore minimo).

Diagnosi progressiva dei foci cefalici con l'EAV secondo Kramer

Innanzitutto si debbono eseguire le seguenti ricerche clinico-odontoiatriche:

1. Ispezione della bocca: fare attenzione alla presenza di metalli diversi, al carico anomalo di singoli o più denti, alle tasche gengivali, ai denti scolorati, con corone, con gengive rosso scuro o porpora. Con l'ispezione si può avere solo il sospetto ma non la sicurezza di un focus.
2. Radiografie: rivelano solo alterazioni morfologiche macroscopiche e non il processo immunologico in atto. Già i lavori di Voll e Kramer negli anni '70 hanno stabilito che, con l'Rx, si riesce a scoprire solo il 20-30% dei focolai attivi diagnosticabili con l'EAV.
3. Test di vitalità: dovrebbe essere eseguito con correnti faradiche e con uno spray freddo. L'assenza di reazione non significa necessariamente che un dente abbia la polpa necrotica. Quando reagisce a stimoli elettrici non significa che sia vitale. Può essere infatti presente una cancrena umida.
Anche la ricerca del più attivo dei focolai è piuttosto relativa, in quanto si hanno rilievi di stati momentanei. Il focus oggi potenziale, potrebbe essere domani molto attivo, e viceversa. La guarigione dei focolai consiste nell'eliminazione completa di tutti i processi che possono essere focalizzati.
4. Storia clinica: è poco affidabile, poiché i foci sono processi cronici e la sintomatologia non è locale ma a distanza. Spesso il paziente eseguirà vari accertamenti, consigliati dallo specialista dell'organo bersaglio che risulteranno, in genere, nella norma.
5. Status parodontale.
6. Misurazione delle correnti endorali; differenza di potenziale, intensità di corrente e energia.
7. Controllo dell'ATM. Si fanno eseguire al paziente movimenti successivi di apertura e di chiusura della bocca, per verificare se il movimento avviene in modo equilibrato e non disturbato.
8. Analisi mialgica: dei muscoli masseteri e temporali, notando dolori e tensioni. Si differenziano, in questo modo, disturbi dell'occlusione dagli effetti focali.
9. Palpazione delle ghiandole linfatiche sub-mandibolari che, se palpabili e dolenti alla pressione, fanno sorgere il sospetto focale.
10. Diagnosi dei focolai con l'EAV.

Test di stimolazione con correnti elettriche

Per chiarire se un dente, vitale ai test comuni, o un alveolo edentulo, sono sede di focus, vengono stimolati da un segnale elettrico di 10 Hz di frequenza e circa 20 volt di tensione. Tramite questa corrente di stimolazione viene influenzato il punto

corrispondente della mascella (punto di agopuntura) a seconda della resistenza al passaggio di corrente. La variazione dei valori dopo lo stimolo dà indicazioni sui foci nella zona stimolata.

In questa maniera si può stabilire se esiste un focus, dove esso è situato, la gravità e su quali organi esercita il suo effetto patogeno.

Si possono seguire vari procedimenti:

- A. Test di stimolazione elettrica e suo riequilibrio con correnti pulsate sui punti della mascella.
- B. Test con correnti di stimolazione e riequilibrio sui punti della mascella con organoterapici e/o nosodi dentari.
- C. Test con correnti di stimolazione e riequilibrio con organoterapici e/o nosodi sul punto 2 Li (punto del meridiano della linfa, pollice mano).

Test A

È indicato quando non si hanno farmaci a disposizione e si debbono esaminare solo piccole porzioni di mascella.

Si voglia, ad esempio, controllare se il dente 3° superiore è focalizzato.

Il suo punto di misura è il VG 25, al centro della mascella superiore.

- Si abbassa, con brevi impulsi elettrici, fino a 50 US il punto VG 25.
- Si stimola con una corrente a intensità di formicolio la gengiva del 3° al terzo coronale.
- Si rimisura il VG 25. Se il valore è di nuovo salito sopra 80 o c'è caduta dell'indice, il dente è focalizzato. Per stabilire il tipo di focolo, è necessario il test con organoterapici o nosodi.

Test B

Con correnti di stimolazione e riequilibrio con organoterapici o nosodi sui punti della mascella.

Bisogna anche tenere presente che, non solo esiste un effetto di disturbo del dente focalizzato verso determinati organi, ma anche un effetto dell'organo malato nei riguardi di determinati denti o parti di mascella. Questi effetti spesso si manifestano sotto forma di:

- gengiviti localizzate;
- colletto dentario molto scoperto;
- ipermobilità di alcuni denti;
- carie localizzate in certi denti.

Si possono perciò ipotizzare determinate malattie d'organo semplicemente osservando con attenzione le alterazioni dei denti e delle gengive. I rapporti energetici evidenziati dalla tabella sono della massima importanza per stabilire la terapia migliore per i foci e i campi di disturbo.

Test C

Si tratta il punto 2 Li (meridiano della linfa, pollice della mano) con correnti di stimolazione, riequilibrando lo stesso punto con organoterapici.

Cosa può diventare un focolaio?

Chiaramente i denti devitali. È peggio un'osteite (malamente visibile alla lastra radiografica perché l'osso osteitico è radiopaco come il sano, avendo meno calcio e fosforo ma più ferro), indice di scarsa reazione dell'organismo, di scarsa barriera permeabile agli umori del corpo, che un granuloma (sintomo di buona reazione, di un tentativo di delimitazione del danno), o di un'iperreazione con una ciste. Altri possibili foci sono, iniziando dai tipi più frequenti fino ai meno frequenti:

- Foci odontogeni (dentali, parodontali, *cavitations* degli anglosassoni, ovvero *leere Anveolen* dei tedeschi; un'estrazione fatta non ad arte, lasciando del parodonzio o residui di risentimenti parodontali o apicali in sito).
- Foci tonsillari.
- Foci dei seni paranasali.
- Foci otogeni.
- Foci da cicatrici.
- Foci da diverticoli:
 - a) dell'intestino tenue e del duodeno (incluso il diverticolo di Meckel);
 - b) dell'intestino crasso;
 - c) dello stomaco ed esofago;
 - d) dei bronchi.
- Campi di disturbo ileo-cecale e appendicolari.
- Campi di disturbo biliari.
- Campi di disturbo genito-urinari (annessiti, prostatiti).
- Cicatrici, un po' su tutto il corpo.
- Ferite.
- Fratture.

Come si crea un focolaio?

Ogni trauma, infezione, danno tissutale, inizialmente tenta di guarire. Se guarisce perfettamente, bene, non c'è focus. Ma se guarisce male, può diventare un focus.

È per questo che i farmaci sintomatici, che bloccano le reazioni, sono così dannosi; sarebbe meglio una bella reazione locale, del pus "*bonum et laudabile*", con colliquazione e eliminazione di tutto il tessuto patologico. Grazie agli antibiotici, localmente il sintomo passa, ma il corpo estraneo non eliminato è mal sopportato dall'organismo e inizia a creare un danno a distanza, in diretta correlazione con esso. Il tessuto malato ora si chiama focus, e il danno a distanza "malattia focale". Forse non è scientifico, ma è così.

Inoltre, anche senza prendere antibiotici o antinfiammatori, i nostri organismi reagiscono sempre meno. Intossicati dall'ambiente e dalle autotossine intestinali, non abbiamo più la forza immunologica necessaria ad eliminare ciò che è malato.

Il sentiero seguito dal focolaio o focus all'organo o tessuto bersaglio potrà seguire il percorso dei meridiani, oppure altri percorsi che non conosciamo, per cui parliamo o di miracolo, o di nesso cibernetico, o diciamo che è placebo, o che non è vero.

Frequenza dei focolai nelle diverse età

Le difese dell'organismo sono in genere più forti nei giovani e decrescono con l'età. Quindi i giovani possono avere dei focolai i cui effetti a distanza non si manifestano fino a quando, col passare degli anni, le difese non diminuiscono. A causa di questo spostamento nel tempo, la diagnosi del rapporto tra focolaio ed effetto a

distanza può essere difficoltosa.

In età neonatale i foci si manifestano soprattutto in ambito otogeno con: mastoiditi occulte, flogosi croniche dell'orecchio interno, flogosi purulente del timpano, osteomieliti delle ossa spongiose. Gli effetti clinici possono essere: disturbi dello sviluppo, mancato aumento di peso, tendenza diarroica o diminuita resistenza alle malattie infettive.

In età infantile (da uno a tre anni), le sinusiti sono tra i focolai del capo più frequenti, spesso associate a bronchiti. Le sinusiti e i polipi si trovano più spesso nel seno mascellare a causa del suo cattivo deflusso nelle coane. Spesso sono interessati anche i seni etmoidali e sfenoidali che possono causare disturbi endocrini.

In età scolastica i più frequenti sono i foci tonsilloigeni, spesso da streptococchi, che possono causare una glomerulonefrite, infezioni urinarie recidivanti e disturbi cardiaci non chiari. Inoltre, anche disturbi dell'apparato motore, specie del tarso e della base dell'alluce. Questi soggetti vanno spesso dall'ortopedico mentre le cause sono di competenza dell'ORL. In questi casi, oltre a una tonsillectomia, si dovrebbe eseguire una terapia di accompagnamento omeopatica.

Logicamente tutti i denti pulpatici e devitalizzati dovrebbero quindi essere rimossi chirurgicamente per evitare la formazione di un eventuale focolaio (questo approccio è praticato su vasta scala negli Stati Uniti). Tuttavia il trattamento conservativo della radice è piuttosto comune in Europa, anche se negli ultimi 10 anni l'estrazione dei denti pulpatici e devitalizzati viene praticata più frequentemente.

Con i trattamenti odontoiatrici attuali il dente viene spesso devitalizzato o vengono eseguiti dei trattamenti canalari.

Ma, come si può osservare in Fig. 1 è impossibile ripulire completamente i canali e i canalicoli laterali dove, anche con la migliore tecnica, lo specillo non può arrivare. Visto in prospettiva, il risultato di questo trattamento conservativo è sempre un focolaio. Con denti a una radice si può effettuare con successo un'apicectomia, possibilmente senza l'uso di amalgami. Sarebbe ancora meglio se le carie venissero pervenute con una nutrizione corretta e l'igiene dentale, e in caso di una loro precoce evidenziazione trattate con un materiale biologico. Questo è l'orientamento dell'odontoiatria moderna.

Questi canali vengono poi riempiti con amalgami o con altre sostanze potenzialmente tossiche (anche per la devitalizzazione si usano tali sostanze), che verranno in parte assorbite, depositandosi negli organi bersaglio e procurando una sintomatologia a distanza senza disturbi locali. Il paziente si rivolgerà così ai vari specialisti degli organi bersaglio invece di ritornare dall'odontoiatra. In accordo con la definizione di focus data sopra, in questo caso il materiale non riassorbibile nel connettivo è dato dal dente stesso più il materiale di otturazione, poiché non c'è più il rifornimento di sangue e linfa attraverso la polpa, e il tessuto periodontale non può sopperire a lungo a questa distrofia (cioè cattiva nutri-

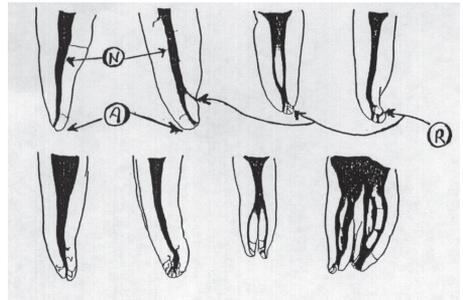


Fig. 1 - Il problema del trattamento della radice in un dente con parecchie radici. La cavità della polpa e i canali della polpa con ramificazioni e canali laterali di un molare inferiore.

zione e drenaggio). Questo dente diverrà così materiale estraneo non riassorbibile e quindi un focolaio. Perciò, il prerequisite per eseguire un trattamento di devitalizzazione o radicolare, è che le capacità di difesa dell'organismo siano buone. Con l'aumentare dell'età, il numero dei focolai odontogeni aumenta, in gran parte a causa di metodi di interventi odontoiatrici non biologici come le devitalizzazioni, i trattamenti radicolari, le apicectomie o gli impianti endossei oggi assai diffusi. Bisogna inoltre sottolineare che la sola estrazione del dente malato non garantisce dall'instaurarsi di una eventuale osteite residua, poiché non viene eliminato l'osso mascellare periodontale malato. Tale sicurezza si ha solo con l'estrazione chirurgica del dente stesso.

Riassumendo, nei giovani adulti il problema focale più importante è dato da una *dentitio difficilis* degli ottavi, nell'età matura da pulpiti croniche e osteiti periapicali di denti devitalizzati e nell'anziano da osteiti residue.

Un altro motivo della frequenza dei foci cefalici è dato dalla continua irritazione meccanica dovuta al processo masticatorio (l'uomo può esercitare una pressione masticatoria fino a 80 kg) con conseguente immissione di tossine in circolo da parte del focolaio dentario o mascellare.

Una pulpite cronica può derivare da:

1. Carie avanzata o carie secondaria.
2. Noxae chimiche (otturazioni con materiale plastico o silicati eseguite senza proteggere sufficientemente la polpa).
3. Sostanze caustiche applicate prima dell'otturazione.
4. Surriscaldamento durante una maldestra pulizia dei denti.
5. Traumi.
6. Granuloma interno.
7. Tasche ossee profonde.
8. Malattie generali (difterite, sepsi ecc.) per via ematica.

Non si dispone inoltre di una diagnostica sicura per accertare infiammazioni circoscritte della polpa dentaria.

Per riassumere, ogni dente con polpa necrotica o con otturazione radicolare può nascondere un focus indifferentemente dal fatto che radiologicamente vi siano alterazioni ossee o che l'otturazione sia integra radiologicamente.

Foci dentali potenziali

1. Denti devitalizzati (anche se non hanno avuto un trattamento radicolare).
2. Situazioni post ex:
 - a) spazi morti per incompleto riempimento radicolare;
 - b) osteite periapicale (granuloma);
 - c) osteite periapicale diffusa;
 - d) cisti radicolari;
 - e) flogosi del seno mascellare;
 - f) flogosi croniche dei linfonodi submandibolari.
3. L'edentulo può avere:
 - a) denti inclusi (con o senza cisti follicolari);
 - b) residui dentari e cicatrici (campi di disturbo);
 - c) osteite residua;
 - d) residui radicolari;

- e) sclerosi ossea;
- f) corpi estranei (pezzi di metallo, cemento, guttaperca).
- 4. Gengivite, periodontite, parodontosi, tasche dentarie, osteiti, *dentitio difficilis*.
- 5. Corrosione di metalli dentari (sensibilizzazione per formazione di complessi proteine-metallo).
- 6. Bimetallismo (formazione di correnti endorali).
- 7. Denti vitali, ma malati.

A proposito del punto 7 è stato dimostrato da parte di Lodenkämper che, dopo sterilizzazione, ponendo il dente apparentemente sano in soluzione nutritiva, uscivano batteri (enterococchi) attraverso i canali della dentina, probabilmente arrivati durante *poussées* di batteriemia. Quindi denti vitali, intatti e non trattati, specie se dislocati, possono essere sede di focus.

Anche le cisti mascellari (cavità con rivestimento epiteliale piene di liquido in genere sterile) possono divenire un focolaio, perché in esse si ha una continua lisi proteica. Denti ritenuti o denti distopici, secondo esami istologici eseguiti da Rost (1964) e da Posselt e Lorber (1974), possono nascondere dei focolai. Gli odontoni, che sono conglomerati di più denti o di formazioni odontoidi, possono divenire dei focolai.

Anche le ipercementosi, cioè le stratificazioni di cemento intorno alle radici dentarie, che si riscontrano spesso in denti con polpa necrotica (ma anche in denti apparentemente sani), possono nascondere un focolaio.

Per quanto riguarda le sclerosi che si producono in mascelle con denti sani è improbabile che divengano focalizzate. Invece la sclerosi attorno a denti con polpa necrotica sono infette e possono costituire dei foci.

Inoltre infiammazioni croniche delle parti molli (come tasche gengivali e ossee) possono costituire dei focolai.

Si ricorda infine che la presenza di metalli diversi nel cavo orale (come oro e amalgama), a causa della differenza di potenziale tra i diversi metalli, genera una corrente elettrica, cosicché dall'amalgama si distaccano ioni di mercurio. Questi si legano alle proteine, in particolare ai gruppi sulfidrilici dei gruppi SH intradentali (liquido della dentina, del tessuto apicale, sangue) ed extradentali (saliva), con formazione di solfuro di mercurio (HgS).

Diagnosi di focolaio. Ricerche di laboratorio

Test dei leucociti secondo Pischinger/Bergsmann: questo test permette di individuare le alterazioni nella capacità di regolazione dell'organismo. Quindi ci indica se vi sono rischi nell'affrontare un trattamento defocalizzante.

Il paziente, la sera prima dell'esame, non deve introdurre alcuna proteina animale (carne, uova e formaggio) e deve venire la mattina a digiuno.

L'esecuzione dell'esame si divide in tre parti:

1. Si prelevano 2,0 ml di sangue da ciascun braccio, una goccia viene posta su vetrino e determina il numero dei leucociti separatamente per ciascun lato.
2. Si introducono 0,5 ml di *Elpimed* (farmaco disturbante), si mescola con sangue del paziente e si reinietta l'intero contenuto.
3. Dopo un'ora si preleva di nuovo il sangue e si contano i leucociti (R1, valore di reazione alla prima ora).
4. Dopo altre due ore si preleva ancora del sangue, determinando il valore R3 (rea-

zione alla terza ora).

5. I dati così ottenuti si riportano su di un grafico dove sulle ascisse si pone il tempo in ore e sulle ordinate il numero dei leucociti.

Interpretazione: il periodo successivo all'iniezione di *Elpimed* è denominato fase di reazione, di cui la prima ora è detta di shock, la seconda e terza sono la fase di controshock.

Sono stati individuati sei tipi diversi di reazioni al carico di *Elpimed*.

1. Reazione normale: il numero di leucociti aumenta di 1.000-1.500 unità nella prima ora e torna al valore iniziale (circa 6.000), nelle due ore successive.
2. Indebolimento delle difese: i leucociti diminuiscono durante la prima ora e ritornano al valore iniziale dopo tre ore. I pazienti si sentono molto astenici. Possibili i disturbi della cicatrizzazione.
3. Reazione di tipo allergico-iperergico: i valori iniziali sono già elevati (circa 8.000), aumentano con R1 e, a volte, con R3. Ricercare il fattore allergico e trattare l'allergia.
4. Fase di shock ritardata: i leucociti aumentano solo in fase R3. In questi pazienti spesso c'è un processo focale grave da molti anni. Pericolo di complicazioni.
5. Fase di controshock ritardata: i leucociti aumentano in R1, ma non tornano al valore iniziale in R3. C'è un probabile processo focale senza particolari problemi per la guarigione.
6. Reazione rigida: i leucociti rimangono inalterati sia in R1 che in R3. In genere sono presenti processi focali multipli. Spesso è necessaria una terapia neurale.

È possibile anche una reazione diversa nei due lati del corpo come, ad esempio, fase iperergica a destra e fase di controshock ritardata a sinistra.

La reazione rigida è spesso la conseguenza di una terapia sintomatica che blocca il mesenchima come: cortisonici, antibiotici e tranquillanti.

Per risolvere la rigidità è necessario studiare l'equilibrio elettrolitico, soprattutto di potassio, calcio e magnesio. Un triplice controllo elettrolitico, nell'ambito di sei ore, dopo carico con *Elpimed* fornisce dati importanti.

Nei casi di rigidità controllare anche eventuali campi di disturbo da cicatrici (trattare con neuralterapia).

Nelle rigidità, usare gli *Spenglersan* per influenzare le allergosi ereditarie. Iniziare in genere con *Spenglersan K* (testare con l'EAV).

Sono di aiuto anche l'ozonoterapia e l'autoemoterapia.

In tutti e tre i gruppi si deve consigliare un cambiamento alimentare con dieta latte-vegetariana o dissociata secondo Hay.

I focolai odontogeni nelle diverse età

Nei bambini con denti da latte i foci odontogeni sono molto rari.

Nei giovani dopo i 15 anni si possono avere foci dei denti del giudizio con diversi effetti a distanza.

I superiori provocano: crisi spastiche, disturbi psicopatici, depressione, scarso rendimento a scuola. Gli inferiori disturbano soprattutto il cuore e l'intestino tenue. Nell'adulto, con l'aumentare dell'età, i foci odontogeni divengono sempre più frequenti, spesso accompagnati da sinusiti mascellari croniche odontogene da denti devitalizzati, che indeboliscono le capacità di difesa dell'osso mascellare, cosicché possiamo avere forme miste di focolai odontogeni e rinogeni.

Esaminiamo ora i motivi per cui tali foci odontogeni divengono sempre più frequenti.

Se consideriamo la storia naturale di un dente cariato prima che le cure odontoiatriche divenissero generalizzate, vediamo che, nel 90% dei casi, si aveva la seguente evoluzione: carie, pulpite acuta, gangrena, autodevitalizzazione della polpa, fuoriuscita dei detriti batterici e cellulari attraverso la carie o attraverso una fistola.

Se è vero che togliendo ad esempio un dente coinvolto in un procedimento focale passa un male al ginocchio, qual è la spiegazione scientifica?

Non lo so, chiedetelo agli “scienziati”. La natura a volte va osservata e umilmente accettata. Prima dell’invenzione degli aeroplani, nessuno si sarebbe permesso di dire che gli uccelli non volano perché non è scientifico; oggi, sì.

Insuccessi nella terapia dei foci dentali

Le cause degli insuccessi nella terapia dei foci dentali possono essere così classificate:

1. Insufficiente diagnosi o terapia del focus stesso.
2. Foci odontogeni causati da foci linfogeni.
3. Insuccessi da sovraccarico di tossine batteriche o virali.
4. Insuccessi da foci odontogeni dopo defocalizzazione degli ottavi odontoni superiori o inferiori.
5. Insuccessi da cicatrici della mucosa orale dopo operazioni sul seno mascellare o su altri seni paranasali.
6. Insuccessi da campi di disturbo addominali o pelvici.
7. Insuccesso da sovraccarico da noxae chimiche.
8. Insuccessi da sovraccarico da noxae fisiche.
9. Insuccessi da vita antigienica.
10. Risultati insufficienti da noduli mammari.
11. Risultati non duraturi da disturbi dell’articolazione temporo-mandibolare.

Relazioni tra la Mammella e gli Odontoni

La mammella contrae relazioni col 4° e 5° inferiori e col 6° e 7° superiori. Questa correlazione si spiega per mezzo del decorso del meridiano dello stomaco. Questo, infatti, attraversa ed alimenta energeticamente la mammella.

Un focus odontogeno può indurre, omolateralmente, l’insorgenza di noduli mammari. Questi possono regredire, se non concomitano altre cause, trattando il focus e somministrando dei nosodi specifici per la mammella (Riutis o altri). Per i noduli di vecchia data è necessario il trattamento odontogeno per evitare la degenerazione maligna, quando si aggiungano altri stimoli patogeni.

Relazioni tra Sistema Linfatico e Odontoni

Il sistema linfatico è in relazione col 5° odontone superiore. La ghiandola timica è collegata al sistema linfatico. Il meridiano linfatico decorre lungo il braccio tra i meridiani del polmone e dell’intestino crasso. Poiché questi due meridiani sono collegati al quinto odontone superiore, la stessa relazione vale per il sistema linfatico ed il vaso linfatico, che ha un percorso analogo ai due precedenti. Il sistema linfatico è in stretta relazione con la milza.

Analizziamo separatamente ciascuna delle cause di insuccesso:

1. Insufficiente diagnosi o terapia del focus.

- a) Insufficienza diagnostica a livello dei foci attivi o latenti. Lo stesso stress operatorio può risvegliare foci latenti in prossimità della zona di intervento o in altri punti delle mascelle. Si deve eseguire una stimolazione con correnti per localizzare i foci latenti già prima dell'intervento.
- b) Dopo ogni estrazione dentaria si deve eseguire una fresatura dell'alveolo e non limitarsi alla sua raschiatura, poiché possono rimanere residui ossei infiammati nella zona periapicale.
Per essere sicuri che non siano rimaste tali zone, si deve eseguire un controllo postoperatorio con l'EAV usando ad esempio *Phocus Comp CSM*. Se si ottiene un riequilibrio, il risultato è soddisfacente.
- c) Se, dopo l'estrazione, non abbiamo un aumento della potenza dei nosodi dentari, la causa può essere un'alveolite od una lesione traumatica dell'alveolo che debbono essere trattati con Nosodi Dentari, Nos. Batterici ed Organoterapici.
- d) Vi può essere un'inavvertita inclusione di amalgama nell'alveolo, che funge da corpo estraneo.
- e) I tamponi iodoformici possono provocare necrosi ossea locale, ma anche un'azione tossica su tutto l'organismo con sintomi cerebrali (cefalea, astenia), cutanei (eritemi, eczemi), renali (albuminuria ed ematuria), cardiaci (tachicardia), ed oculari (neuriti retrobulbari).
- f) Reazioni allergiche da penicillina nei pazienti sensibili.

2. Insuccessi della defocalizzazione da foci linfogeni.

Lo stress operatorio può attivare foci latenti nelle mascelle, tonsille, tessuto peritonsillare, linfonodi cervicali profondi. Tali eventualità debbono essere diagnosticate per mezzo del test di stimolazione elettrica. Inoltre, le tonsilliti recidivanti possono essere secondarie all'assorbimento di amalgama, il quale deve essere allontanato. Per trattare i suddetti problemi deve essere eseguita una terapia adeguata di riattivazione mesenchimale (TonsComp CSM).

3. Insuccessi della defocalizzazione da tossine batteriche e virali.

Queste infezioni possono provocare sia un'alveolite che una sinusite. Si tengano presenti i rapporti energetici di interrelazione tra i seni paranasali ed odontoni, organi e tessuti specifici.

4. Insuccessi nella defocalizzazione dell'ottavo odontone superiore e inferiore.

In questo caso si deve ricercare un eventuale focus otogeno.

Inoltre, il trauma operatorio da estrazione dell'ottavo superiore può portare alla focalizzazione dello spazio retromolare o nono odontone. In questo caso si può avere una positività al test EAV col nosode ZAHNSÄCHKEN (sacchetto dentario) a basse potenze.

5. Insuccessi per cicatrici della mucosa orale dopo operazioni sul seno mascellare.

Il focus cicatriziale è provocato dalla cicatrice non nella sua totalità, ma solo in alcuni punti. Esso agisce impedendo la circolazione energetica lungo i rami secondari dei meridiani e dei vasi energetici. I foci cicatriziali si possono curare usando impletolo o procaina.

6. Insuccessi da campi di disturbo addominale o pelvico.

Bisogna investigare e stabilire se c'è un campo di disturbo ileocecale, appendicolare, annessiale, diverticolare, colecistico, ecc.

7. Insuccessi da noxae chimiche che provocano un sovraccarico del focus minoris resistentiae.

Le sostanze in causa possono essere: insetticidi, erbicidi, pesticidi (negli alimenti), acido cianidrico (negli alimenti con mandorle amare), arsenico (nei superalcolici e nel vino rosso), uretano (nel vino), tetracloruro di carbonio, tricloroetilene, acetone, alcool metilico, alcool isopropilico (insolventi e smacchianti), spray per capelli, deodoranti. Tutte le intossicazioni da queste sostanze debbono essere diagnosticate ed eliminate con terapia nosodica e di accompagnamento adeguate.

8. Insuccessi da noxae fisiche.

Ad esempio, irritazioni meccaniche delle gengive da protesi non tollerate; campi di disturbo elettrici (tubi al neon troppo vicini al capo, ecc.).

9. Insuccessi da vita antigienica.

Gli stress fisici e psichici troppo forti diminuiscono le difese generali e risvegliano la sofferenza del locus minoris resistentiae.

10. Risultati non duraturi da disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare.

Nelle malocclusioni si ha il sovraccarico di uno o più denti che porta a paradonziopatie e a reazioni pulpitiche. In questi casi il trattamento con nosodi non risolve durevolmente il problema, che deve perciò essere risolto con un trattamento ortodontico.

Promemoria personale

Anche per interventi di chirurgia odontoiatrica con rimozione foci

Da assumersi prima dei pasti (*da 1 a 2 settimane prima dell'intervento*):

Trau-comp: 10 gocce x 3 volte al dì

Dren-comp: 10 gocce x 3 volte al dì

Phocus-comp: 10 gocce x 3 volte al dì

Piaccasette CSM (riequilibratore del PH ematico): seguire attentamente le indicazioni e misurare il PH con le stricchette allegate

Dal giorno dell'intervento a 5 giorni dopo:

Trau-comp: 10 gocce x ogni due ore

Dren-comp: 10 gocce x ogni due ore

Phocus-comp: 10 gocce x 3 volte al di

Piaccasette CSM (riequilibratore del PH ematico): seguire attentamente le indicazioni e misurare il PH con le stricchette allegate

Postex: 10 gocce x 3 volte al di

Da 5 giorni dopo a 1 mese dopo:

Phocus-comp: 10 gocce x 3 al di

Dren-comp: 10 gocce ogni due ore

Piaccasette CSM (riequilibratore del PH ematico): seguire attentamente le indicazioni e misurare il PH con le stricchette allegate

Biocollutorio: *casu acuti* con gengivite e dolori: 15 gocce ogni due ore in un bicchiere di acqua tiepida, tenere in bocca il più possibile e poi sputare; *terapia continuativa*: 2 gocce in un bicchiere di acqua tiepida, tenere in bocca il più possibile e poi sputare.

Per aiutare la disintossicazione e la guarigione, durante il giorno bere acqua calda, almeno a temperatura ambiente (un termos di acqua calda bevuta a piccoli sorsi durante il di); berne di più se l'urina è di colore giallo carico, fino a che il colore diventa trasparente.

In sintesi:

1ª fase: un dente si caria e muore e il corpo cerca di eliminarlo. C'è un'infezione: *rubor, dolor, calor, lesa functio*. Da bravi dottori diamo **antibiotici** e antinfiammatori, e l'aspirina che non fa male, blocchiamo insomma le reazioni dell'organismo. La zona mascellare vicino al dente non duole più, il paziente è "guarito".

2ª fase: sì, è "guarito", però inizia magari a fargli un po' male il **ginocchio**. È l'età, si sa. Oppure prende una storta, che non guarisce... gira vari specialisti... fa la TAC, la TUC, la risonanza, l'EEG, EKG, l'oroscopo e visita il mago Aleph... niente! «Lei è perfetto», gli dicono.

Ed ecco che il paziente, arrabbiatissimo, dopo aver purtroppo speso tutti i soldi, viene dal dott. Rossi, che ha letto questo libro e gli fa la magia. Con la panoramica in mano, conoscendo il percorso dei meridiani a menadito, il dott. Rossi gli anestetizza gli apici dei denti devitali o sofferenti corrispondenti al ginocchio (Fig. 2 e 3). E il male passa in pochi secondi! Miracolo! Il paziente è felice e scappa senza pagare il conto. Però il male al ginocchio ritorna, attenuato ma torna, quando l'anestesia è passata. Allora il paziente torna dal dott. Rossi dicendogli che non ha funzionato niente, che

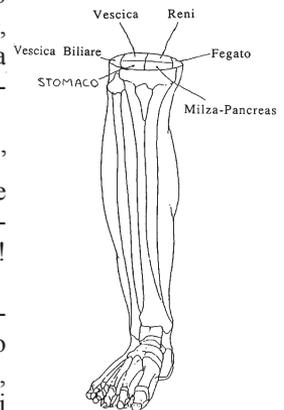


Fig. 2 - ginocchio, passaggio dei meridiani

era un'impressione. Il dott. Rossi gli fa prima pagare il conto, e poi continua la terapia. Come?

- a) Se il paziente è aperto a terapie un po' diverse dal normale, il dott. Rossi tenterà di disintossicare il paziente, dandogli *Phocus Comp*, e aprendogli gli emuntori bloccati: intestino, reni, pelle, polmoni. È ideale collaborare con uno specialista EAV o un omeopata possibilmente omotossicologo. Solo dopo qualche settimana, quando il paziente ha iniziato a reagire alle terapie, potrà togliere il dente o quantomeno rifare una cura canalare, togliere dell'infezione rimasta ecc.
- b) Se al paziente non importa nulla e vuole solo guarire presto, iniziate subito il trattamento chirurgico, anche se sarebbe meglio preparare prima l'organismo come sopra descritto. *Phocus Comp* almeno un giorno prima, ozonoterapia se si può, e via con trapano e fresa a togliere l'osso marcio. Un mio insegnante, Joe Viehweider, ha coniato la parola "Vitale Zahnheilkunde", ovvero odontoiatria vitale. Ogni dente devitale, lui dice, va tolto.

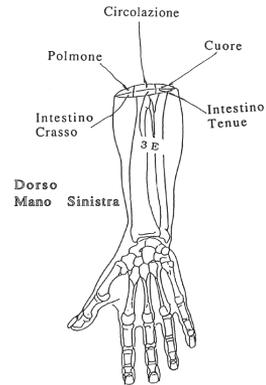


Fig. 3 - gomito, passaggio dei meridiani

A tale riguardo, racconterò una storia.

Il dott. **Weston Prince**, dentista americano, fece una cura canalare a un molare di un ragazzino di 16 anni. Il ragazzino morì di infarto dopo un mese. Sospettendo che magari il dente aveva potuto essere la causa del decesso, lo fece togliere durante l'autopsia. Lo tagliò a fettine e mise una delle fettine sotto la cute di un coniglio, che morì di infarto dopo 2 settimane.

Il dott. Prince tolse la fettina di dente dal coniglio morto, e la mise sotto pelle ad un altro coniglio, che pure morì di infarto dopo qualche settimana. E così avanti con altri conigli... tutti morivano di infarto dopo un po'... Al centesimo coniglio morto, il dott. Prince interruppe l'esperimento che aveva dimostrato chiaramente (i soliti "scienziati" diranno che non vale perché non c'era il doppio cieco), un nesso causale fra il dente e il decesso del bambino, e passò gli ultimi venti anni della sua vita dedicandosi alle ricerche sulla tossicità dei denti devitali. Troppo grande era il rimorso per aver ucciso quel bambino di 16 anni, che era suo figlio.

Ecco in tutta la sua tragedia che cos'è un focus.

Starà al dentista e al medico, di comune accordo, decidere se prediligere la salute del paziente o scendere a un compromesso per evitare la protesi totale. In un paziente con un tumore ovviamente toglieremo tutti i denti morti, se la patologia è meno grave cercheremo un compromesso.

La osteite mascellare cronica viene ancora oggi considerata come una malattia localizzata alla mascella o alla mandibola.

Eliminando chirurgicamente tutto il materiale osteitico abbiamo potuto notare come la scomparsa della sintomatologia abbia potuto permanere nel tempo. Il continuo aumento delle malattie croniche che la medicina classica non riesce a curare dovrebbe farci meditare un momento sulle metodiche diagnostiche e terapeutiche di

cui al giorno d'oggi siamo in possesso.

Il prof. **Pischinger** nel suo libro *Il sistema della regolazione di base* apre una nuova porta su diagnosi e terapie delle malattie croniche.

Nell'ambito del sistema biologico cellula-terreno, sottolinea l'importanza dei processi di regolazione all'interno delle vie estremamente intricate dei sistemi regolatori del corpo, i quali sono responsabili di ogni processo patologico. L'eliminazione degli impulsi patogenetici cronici, che ancora a monte della malattia cronica avevano disturbato i processi regolatori dell'organismo fino alla malattia somatica nello stadio finale, è un momento fondamentale nel nostro tentativo di sanare il paziente in modo causale e quindi definitivo.

Impulsi patologici massivi vengono mandati continuamente dal luogo in cui il tessuto è danneggiato e non è più in grado di rigenerarsi.

L'osteite mascellare cronica è al giorno d'oggi ancora troppo poco considerata sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

I carichi odontogeni possono provocare i seguenti effetti

1. Disfunzione: cioè alterazione di una funzione specifica.
2. Distonia: alterazione della contrattilità dei muscoli lisci dei vasi sanguigni e linfatici che si può manifestare con una differenza della pressione arteriosa tra destra e sinistra o con un aumento o diminuzione della P.A. (a seconda che il focus abbia un effetto iper o ipotonizzante).
Si distingue una distonia neurocircolatoria con disturbi funzionali nella distribuzione del sangue e una distonia vegetativa con alterazione dell'equilibrio tra simpatico e parasimpatico.
3. Disregolazione: ad esempio discinesie muscolari che portano a una fissità della muscolatura e, infine, a una distrofia; una vasocostrizione cronica può portare a un'atrofia di Sudeck.
4. Dismicrobismo: l'alterazione della flora batterica intestinale può dare un aumento dei processi putrefattivi con patologie da autointossicazione per riassorbimento di prodotti tossici.
Inoltre, i germi disbiotici patogeni, possono colonizzare la cistifellea e le vie biliari con conseguenti colangiti, colecistiti e ridotta produzione di vit. B.
5. Alterazioni enzimatiche: l'alterata produzione di enzimi porta ad un accumulo dei prodotti intermedi del metabolismo. Ad esempio, con un deficit di proteasi, si ha un iperaccumulo di istamina, istidina, acetilcolina e peptoni che possono favorire la comparsa di allergie.
6. Dispepsia: deficit della funzione digestiva da disbiosi, da insufficienza di enzimi digestivi e da altre cause.
7. Disonia: alterazione dell'equilibrio elettrolitico e quindi dei rapporti tra i minerali (ad esempio tra K e Ca).
8. Disosmosi: alterazione del passaggio di liquidi dal plasma all'interstizio e viceversa.
9. Discolloidia: passaggio da Sol a Gel con precipitazione di sali a livello renale o biliare e formazione di calcoli.
10. Disprotidemia: alterazione delle proteine plasmatiche da danno epatico peggiorato se in precedenza vi erano stati altri fattori epatotossici come epatite, intos-

sicazione da insetticidi o da altri composti chimici.

11. Disossiemia: alterazione dell'ossigenazione con ipossia o discrasia ematica.
 12. Distrofia: alterazione della nutrizione nei processi di assimilazione.
- Un ultimo effetto aspecifico dei foci è quello di intaccare facilmente i *loci minoris resistentiae* di origine congenita o acquisita.

Quindi:

1. I denti vitali possono non essere completamente sani o liberi da foci.
2. L'EAV mostra che la pulpite cronica è limitata alla polpa solo nello stato iniziale ma, successivamente, si estende anche alla regione circostante con lo sviluppo di una periodontite e di una osteite mascellare cronica; infatti la polpa ha un continuo scambio metabolico col resto dell'organismo attraverso l'apice radicolare, i canalicoli dentali e laterali.
3. L'EAV permette una diagnosi delle pulpiti e delle osteiti croniche che, attualmente, non sono rilevabili con altri metodi.
4. L'EAV ha dimostrato che, nell'organismo, non vi sono solo vie di controllo neurali e umorali, ma anche importanti vie cibernetiche per mezzo dei meridiani di agopuntura.

Il dott. Thomsen di Amburgo afferma che i foci dentali da pulpiti o osteiti croniche possono essere diagnosticate con sicurezza solo con l'esame istologico, ma tale metodica non è utilizzabile in vivo.

Questi effetti focali a distanza possono bloccare l'azione di metodi terapeutici altrimenti efficaci come l'omeopatia e l'agopuntura.

Quindi i metodi di ricerca clinici debbono essere ampliati per riuscire a dare uno sguardo ai processi di regolazione dell'organismo; l'EAV fornisce questa possibilità. Poiché, però, a volte il risultato del test EAV non è in accordo con i dati clinici e radiologici, Thomsen ha estratto i denti che, al test EAV, mostravano un forte effetto focale (tre o più fiale alla D3 di nosodi dentali come *Cr. pulp.*, *Gangr. Gran.* o *Kieferostitis*) e ha poi esaminato questi denti istologicamente.

Conclusioni

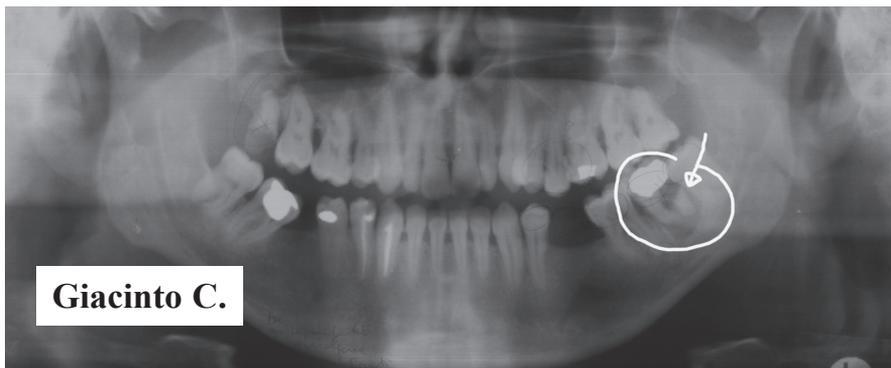
Per i nostri pazienti gli esiti degli interventi chirurgici atti a sanare una zona della mascella da materiale osteitico, sono definiti spesso come miracolosi. Lo scrittore Ernst Juinger dice: «Il miracolo non è un'eccezione, ma solo una conferma dell'esistenza di connessioni complicate». Le connessioni nella nostra terapia, come l'abbiamo riportata sopra, sono la regolazione, che si chiama sistema di Pischinger, la quale regolazione viene semplicemente di nuovo ripristinata quando gli ostacoli che ne impediscono l'espletazione vengono allontanati.

La mucosa vaginale che improvvisamente ritrova la forza di autoregolarsi, guarisce proprio come i bronchi o il cuore guidati da un sistema vegetativo ora normalizzato. Non dimentichiamo che una delle cause principali del blocco della regolazione dei vari sistemi del corpo è l'osteite mascellare cronica.

Interventi che sanano le osteiti mascellari portano, malgrado il rischio intraoperativo e l'estrazione dei denti che a volte siamo obbligati a eseguire, a una guarigione definitiva di malattie croniche resistenti a qualsiasi tipo di terapia.

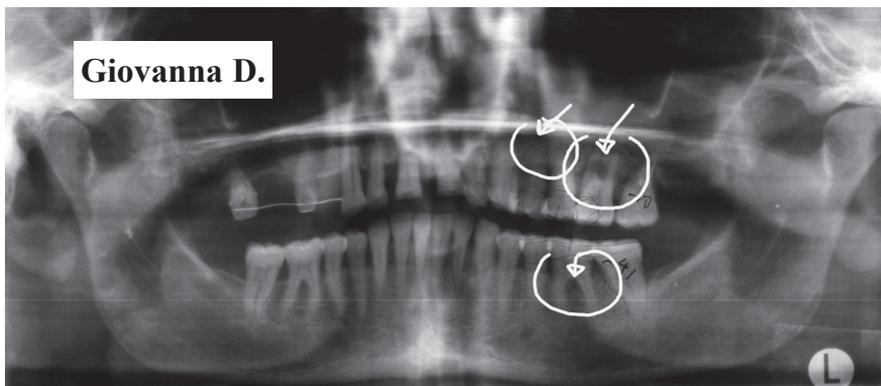
Ecco alcuni casi di guarigione dopo risanamento focale:

- **Giacinto C.** Da 12 anni colite cronica; dalla lastra panoramica, grosso granuloma in zona del 36, ovvero zona dell'intestino crasso. Copertura omeopatica con *Phocus Comp*, poi estrazione del dente: il giorno dopo, subito risoluzione della colite, che non si è più ripresentata dopo 4 anni. Ogni tanto, piccole ricadute, dopo eccessi di cibo, ma senza paragone con quelli di prima.



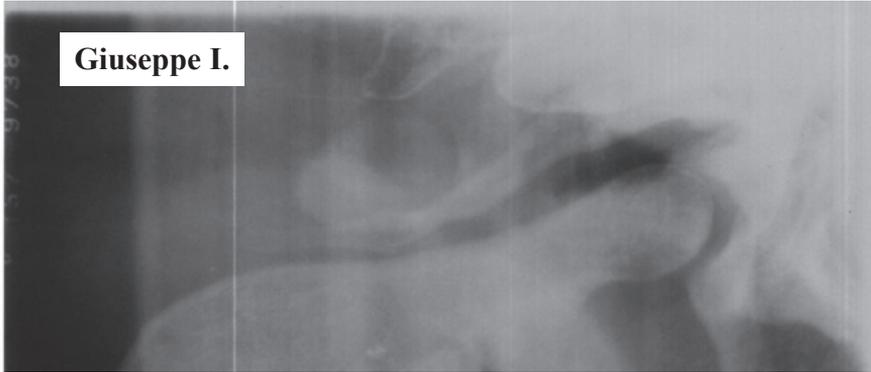
Epicondilite sparita.

- **Giovanna D.** Carcinoma non-Hodgkin stadio 3A, risentimento linfonodale al collo sinistro. Furono dati 3 mesi di vita. Estratti il 26 e il 36 già alla prima seduta, vista la gravità e urgenza. Con un collega, venne seguita la parte medica con supporto omotossicologico e dietetico. Dopo 6 mesi, la paziente è ritornata ingrassata e vispa. Migliorati i sintomi, biopsia negativa, ma linfonodi ancora gonfi. Rimanevano tre denti sospetti: il 24, il 27 e il 37. Alla domanda: «che articolazione fa male?». Giovanna fece vedere il ginocchio sinistro, menisco interno, che da 10 anni le impediva di salire bene le scale. Test dell'anestesia in zona apicale 27: niente. In zona apicale 37: niente. In zona apicale 24: passato come per miracolo il dolore al ginocchio. Giovanna saliva le scale ridendo, senza dolore. Tolto il 24, pur essendo vitale o parzialmente vitale, il ginocchio non fece mai più male.



- **Giuseppe I.** Un simpatico signore di 86 anni, papà di un mio amico, che da una settimana non evaquava più le feci. Portato d'urgenza in ospedale, fu diagnosti-

cato un tumore ostruente del retto terminale. Venne prenotato d'urgenza per l'intervento chirurgico il giorno dopo. Il figlio disperato mi chiese di fare qualcosa. Alla visita intraorale, le gengive erano rigonfie e infiammate. Alla lastra panoramica, grossi granulomi in zona molare, quindi intestino, stavano bloccando il reflusso linfatico intestinale. Tolti con grande fatica subito i denti, fra le lamentele del povero signor Giuseppe, che non capiva perché lo stavamo torturando. Iniziato il semidigiuno e una serie di clisteri con olio e con tubicino sottilissimo, il sig. Giuseppe al terzo giorno finalmente andò in bagno. Dopo 2 mesi dovette tornare in ospedale (lo portarono in un altro per evitare di trovare i chirurghi che lo volevano operare), per una ritenzione di urina, in quanto aveva la prostata ingrossata. Lì gli fecero anche un clisma, che risultò negativo; dunque del tumore niente più traccia: si era riassorbito.



Il meridiano della linfa nell'EAV

Uno dei più grandi meriti del dott. Voll è stato il collegamento degli odontoni con le coppie di meridiani d'organo come è mostrato nella tabella del Capitolo 7 (Fig. 1).

Le conseguenze cliniche sono rivoluzionarie. L'odontoiatra diventa di nuovo medico quando si rivolge al nuovo sistema di pensiero di tipo energetico. Inoltre la collaborazione tra l'odontoiatra e il medico generico apre un campo molto vasto.

La misurazione dei fattori di disturbo nella regione odonto-mascellare a livello del vaso linfatico, scoperto dal dott. Voll, il quale decorre sul lato radiale del pollice fino alla nuca, ha delle ampie conseguenze diagnostiche e terapeutiche. Sul punto di misura Li 2 = deflusso linfatico delle mascelle, vengono ricercati di routine, in ogni testo di EAV, i disturbi nella regione odonto-mascellare.

Anche i disturbi latenti, i quali non si evidenziano in una prima ricerca, possono venire rilevati con sicurezza dopo stimolazione del mascellare, o meccanica o elettrica.

A questo proposito si rimanda specificamente alla vasta letteratura specialistica, in particolare del dott. Thomsen di Amburgo e del dott. Voll. In questa sistematica si può menzionare soltanto la posizione dei punti di misura per la diagnosi e la terapia dei denti e delle mascelle.

Oltre al Li 2, vi sono altri sei punti di misura per localizzare una zona di disturbo.

Per determinare i focolai latenti è necessaria la stimolazione degli otto odontoni di ciascuna sezione mascellare.

Una grande scelta dei cosiddetti nosodi “dentari” può essere d’aiuto anche al medico generale per stabilire, con il test, il tipo di disturbo e consultare poi lo specialista per una diagnosi mirata.

Per precauzione si deve tuttavia menzionare che non in ogni caso in cui si evidenzia un disturbo con l’EAV, questo può essere determinato (anche) clinicamente con ricerche specialistiche e con radiografie.

J. Lechner di Monaco, è riuscito a dimostrare che spesso grandi caverne purulente dei mascellari rimangono radiologicamente mute e tuttavia, anche se solo con una diagnosi energetica positiva, vengono effettivamente riscontrate durante l’intervento operatorio. Può avvenire anche il contrario: alcune parodontosi resistenti alla terapia possono guarire con la guarigione di meridiani d’organo correlati.

Viceversa, una osteite mascellare residua, può provocare delle gravi nevralgie alle estremità le quali, dopo la guarigione del mascellare, scompaiono.

Ecco i complessi con nosodi dentari e i principali materiali odontoiatrici che abbiamo usato quando facevamo i test EAV per la diagnosi focale; se li volete, richiedeteli alla CSM:

Test-set per la regione odontomascellare

- **Phocus Comp**: se l’odontone stimolato elettricamente o meccanicamente non si riequilibra con 3 fiale test di *Phocus Comp*, è probabile che quel dente vada estratto. Altrimenti, è possibile mantenerlo in corpo riequilibrando l’organismo.

- **Par Comp**: se l’odontone stimolato elettricamente o meccanicamente non si riequilibra con 3 fiale test di *Par Comp*, è probabile che quel settore parodontale vada operato.

Materiali odontoiatrici

Fatevi una pallina dei materiali più comunemente usati e provate con il test EAV la reazione: resina acrilica a caldo e a freddo, amalgama, i vari cementi, i compositi, le varie leghe... Chiedete al vostro odontotecnico di prepararvi un pezzettino di metallo di un grammo circa per ogni metallo usato.

Problemi diagnostici nella osteite mascellare cronica

Naturalmente la prima domanda che ci porremo è: «Perché non si vede radiologicamente un processo con tale estensione anatomica?».

In quanto non ci viene in mente nessun lavoro scientifico che risponda veramente a tale domanda abbiamo intrapreso alcune ricerche spettro-analitiche.

Dei pezzi di osso mascellare sano e dei pezzi di spongiosa ramolliti (37 casi) furono puliti, inceneriti e analizzati con uno spettrofotometro per ricercare i minerali contenuti. La figura 7 mostra i risultati della ricerca. La linea dritta nel mezzo mostra i valori di norma

Element	Norma	Patologia	Norma		
			basso		alto
Na	0,473 ± 0,1906	0,437 ± 0,145	0,5	0,4	0,473 0,8
K	0,0088 ± 0,0044	0,1000 ± 0,260	0,04	0,05	0,0088 0,18 0,11
Ca	30,513 ± 2,718	23,090 ± 2,801	27	28	26,513 28
Mg	0,324 ± 0,0826	0,288 ± 0,087	0,7		0,324 0,4
Cu	0,80 · 10 ⁻³ ± 0,20 · 10 ⁻³	11,3 · 10 ⁻³ ± 3,63 · 10 ⁻³	4,0	7,0	8,12 10,0 (1 · 10 ⁻³)
Fe	5,88 · 10 ⁻³ ± 4,3 · 10 ⁻³	8,04 · 10 ⁻³ ± 5,72 · 10 ⁻³			9,58 (1 · 10 ⁻³)
Zn	14,5 · 10 ⁻³ ± 3,36 · 10 ⁻³	18,5 · 10 ⁻³ ± 7,05 · 10 ⁻³			18 17 (1 · 10 ⁻³)
P	11,100 ± 0,74	9,48 ± 0,74	9,0		11,100 12,0

I NUMERI CORRISPONDONO AI DATI DI CONCENTRAZIONE NELLA % DI PESO SECCO.

Fig. 7

e vicino le variazioni del relativo elemento nell'osso osteitico. Da qui risulta chiaramente che l'ambiente acido dell'osteite cronica fa dissolvere l'idrossiapatite della mascella coperta di calcio e fosforo, il qual fenomeno fa distruggere e rammollire l'osso. Ne deriva il quadro clinico della osteite mascellare cronica di cui abbiamo parlato fino ad ora. Questo dovrebbe aumentare la radiotrasparenza dell'osso e quindi venir notata in una lastra. Questo però non avviene perché vediamo statisticamente aumentati i metalli quali il rame, il ferro e lo zinco che sono presenti come cofermanti del processo infiammatorio.

Ecco qui di seguito un lavoro che dimostra un approccio clinico di tipo risanamento focale.

Azoospermia e foci dentali

Foci batterici in denti, cavità orale e mandibola e loro effetti a distanza in relazione a batteriospermia e subfertilità nell'uomo, di K.W. Bieniek*, R. Hafner**, H.-H. Riedel**.

Abstract

In più del 70% dei pazienti subfertili sottoposti a controllo a partire dal 1988 nella clinica ginecologica RWTH di Aquisgrana è stata diagnosticata una batteriospermia che necessitava un trattamento terapeutico. Nel 23% dei casi la concentrazione di batteri nell'eiaculato non subì una riduzione dopo il trattamento mirato con antibiotici. 36 pazienti con batteriospermia resistente a qualsiasi trattamento terapeutico vennero quindi indirizzati a un controllo odontoiatrico. In tutti si constatò un gran numero di foci dentali, che in 18 casi (gruppo sottoposto a trattamento) vennero completamente eliminati. *Intra operationem* vennero prelevati strisci di batteri sottoposti a controllo per studiare la composizione dei germi. Si poté così dimostrare che lo spettro batterico degli strisci intraorali e degli spermogrammi erano quasi identici. Sei mesi dopo la fine del trattamento odontoiatrico vennero nuovamente analizzati gli spermogrammi. Nel gruppo sottoposto a trattamento ora i 2/3 degli spermogrammi non presentavano batteri. Anche i parametri individuati dallo spermogramma, come mobilità, densità e morfologia, erano migliorati notevolmente.

Nel gruppo esaminato i risultati degli spermogrammi erano invariabilmente negativi. Da tali esami può essere tratta la conclusione che sussiste una correlazione causale tra infezioni da foci batterici a livello dei denti e batteriospermia resistente a qualsiasi terapia, che probabilmente comporta subfertilità.

OROTOX

Uno dei test più affidabili per rilevare la tossicità dei denti devitali è l'Orotox. Esso misura i mercaptani nel solco gengivale. È l'unico test ripetibile che io conosca. Non è invasivo, si esegue in pochi minuti vicino al Paziente. Allego i due Flyer che ho tradotto dal tedesco. Se volete informazioni commerciali scrivete a: info@studiomimiclavez.com

* Clinica per protesica dentale della clinica universitaria RWTH di Aquisgrana (Direttore: prof. H. Spiekermann).

** Clinica ginecologica dell'Ospedale Evangelico, Gelsenkirchen (Direttore: prof. H.-H. Riedel).

OROTOX *Test di tossicità dei denti devitali*

www.orotox.it

CSM srl Via Mameli 38 - 33010 Tavagnacco (Ud) tel 0432 575513

Studi scientifici hanno dimostrato la tendenza di batteri orali patogeni, di produrre cataboliti che possono danneggiare l'organismo. In particolare sono tossici la cadaverina ed i composti sulfidrilici H₂S prodotti dal catabolismo dei batteri anaerobici.

I batteri quali il **Porphyromonas gingivalis** sono concause importanti per le patologie e le infiammazioni paradontali, e concausa nell'altitosi; vengono spesso ritrovati sia nella placca dentale e nelle tasche paradontali, in denti devitali (ovvero senza irrorazione sanguigna) ed in denti con trattamenti canalari (ovvero denti devitali dove i vasi canalari sono stati sostituiti con riempitivi di vario tipo)

CATABOLITI ORGANOTOSSICI

È stato dimostrato che i cataboliti batterici sono in grado di danneggiare l'attività di enzimi vitali. Molti lavori scientifici hanno messo in relazione la presenza di tessuti infetti in zona mascellare con patologie quali l'infarto cardiaco, l'apoplessia, all'ipertonia, l'arteriosclerosi, le infezioni attorno a protesi articolari, artrite, patologie ematiche, ascessi cerebrali, **Alzheimer** ed altre.

Con l'**Orotax** siamo finalmente in grado di riconoscere zone problematiche e disturbi focali anni



TEST RAPIDO, SICURO, INDOLORE

IL MEGLIO SUL MERCATO AD OGGI!

prima della evidenza radiologica e prima del manifestarsi di problemi organici o funzionali.

Orotax è di importanza vitale per decidere se un dente deve essere estratto oppure no.

Orotax si basa su una reazione delle tossine batteriche presenti nel solco gengivale con reagenti chimici che danno una reazione gialla.

Più alta la concentrazione di tossine nella cuvetta, più alta è l'intensità del colore giallo.

I gruppi H₂S inibiscono la pompa sodio/potassio a livello della membrana cellulare (Reiffenstein

et al., 1992) Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol. 32:109-134)

I gruppi H₂S riducono il fattore complemento C3bi inibendo la fagocitosi e le attività battericide del sistema immunitario (Granlund-Edstedt et al., (1993) J. Periodont. Res. sentenza 28:346-353.)

I gruppi H₂S legano i cofattori metallo-ionici degli enzimi come il Fe³⁺ del gruppo Eme della citocromo-3-ossidasi; bloccano così l'ultima tappa del sistema Redox a livello della Carboidrasi Zn²⁺ in zona del gruppo ossidrillico.



Assorbire con l'apposito specchio il succo gengivale dal solco gengivale. Lasciare per qualche secondo in contatto con il solco senza creare traumi.



Immergere lo specchio per qualche secondo nell'apposita cuvetta dopo avergli messo una dose del liquido fornito ed una goccia del reagente.



Mettere la cuvetta da nello spettrofotometro e seguire le semplici istruzioni fino ad ottenere il valore del campione.