

Neuraaltherapie in de Tandheelkunde

Door Arjan Starrenburg

Bij het eerste congres van de NVBT alweer meerdere jaren geleden heeft in het Kasteel "de Wijenburg" te Echtelt Dr. Hänisch uit Berlijn een interessante voordracht gehouden over de mogelijkheden van Neuraaltherapie in de tandheelkunde. De nadruk van zijn voordracht lag op het gegeven dat in zeer veel gevallen een rigoureuze haardsanering (met veel extracties) voorkomen kon worden met behulp van herhaalde neuraaltherapeutische injecties. Deze vorm van compromisbehandeling bleek uitermate succesvol en dit uiteraard tot volle tevredenheid van de patiënten. Enige tijd geleden is Dr. Hänisch op veel te jonge leeftijd overleden. Ter nagedachtenis aan wat hij aan kennis aan ons heeft nagelaten plaatsen wij nu in ons eigen NVBT blad een vertaling van een reeds eerder in het Duitse GZM tijdschrift verschenen artikel.

Dentogene sanering - klinische verlopen

Samenvatting

Er worden verschillende klinische toedrachten na een tandsanering beschreven. Belangrijk is, dat het trekken van een tand nog geen sanering betekent. Steeds moet uitvoerig gecuretteerd worden, omdat meestal niet de tand, maar het pathologisch veranderde kaakbeen het stoorveld vormt. Deze veranderingen zijn met het oog of met een röntgenfoto dikwijls niet herkenbaar. Aansluitend moet een neuraaltherapeutische behandeling volgen.

Voorts is kennis van het volgende belangrijk:

Het tandstoorveld alleen veroorzaakt niet het ziektebeeld, maar veroorzaakt een regulerings-blokkade, die verhindert dat therapiepogingen in het segment tot succes leiden. Na het saneren van de tand verdwijnen daardoor de klachten niet en toch heeft nu een therapie in het segment succes.

Een nieuw inzicht:

In veel gevallen lukt het de (ontstekings)haardwerking van een tandstoorveld door herhaalde infiltraties van een plaatselijk anestheticum te neutraliseren. In het bijzonder heeft dit een zodanig verheugende consequentie bij oude mensen, dat bestaande bevredigende prothetische omstandigheden, door een anders noodzakelijke radicale odontogene sanering, niet in gevaar komen. De noodzakelijke herhaalde injecties worden dan graag op de koop toe genomen.

Reeds in de oudheid zijn beschrijvingen gevonden omtrent de samenhang tussen tand(ontstekings)haarden en ziekten van het lichaam.

Op spijkerschriften vond men een briefwisseling tussen de Asserische koning Asarrhaddon (c. 700 voor Christus) en zijn arts Arhadnana. De koning klaagt over zijn reumatische aandoeningen: "Ik word verteerd door koorts die in mijn ledematen gloeit". Zijn arts kende reeds de werking van de zieke tanden op het organisme en liet de koning weten: "Uw hoofd, handen en voeten zijn ontstoken als gevolg van de slechte toestand van uw tanden. De tanden van mijn meester moeten verwijderd worden, want door de tanden is uw organisme ontstoken. De pijnen zullen onmiddellijk verdwijnen en uw toestand wordt dan vanzelf aanzienlijk beter". Of de koning echter, gezien de destijds weinig capabele verrichtingen van de anesthesisten, deze raad heeft opgevolgd, weten we niet. In de Middeleeuwen ging deze kennis verloren. Pas in de 20ste eeuw leeft het begrip "(ontstekings)haard" opnieuw op, maar was tot voor een tiental jaren helaas verbonden met het aanwezig zijn van bacteriën. Het is Ferdinand Huneke geweest die vaststelde dat de beslissende rol door het vegetatieve zenuwstelsel wordt gespeeld. Helaas zijn deze waarnemingen geen algemene opvattingen geworden, ofschoon in het boek "Zahnheilkunde und innere Medizin" (prof. Mathis, kaakchirurg en docent Winkler, internist) werd ingegaan op de opvattingen van Huneke. De auteurs schrijven over het "secondenfenomeen" dat ze in vele gevallen hebben geconstateerd: *"Zulke waarnemingen zouden we waarschijnlijk bij onze vele ziektebeelden met duizenden hebben kunnen vaststellen, maar omdat er geen kenmerken voorhanden waren, konden we ze ook niet zoeken, tot aan het moment dat Huneke ons de ogen opende"*.

Het betoog dat bacteriën een beslissende rol spelen bij de tandfocus leidde in de 50-er jaren tot een wild exodontisme. De vele miskleunen (er werd alleen maar getrokken en niet gesaneerd in de huidige opvatting) bracht de "ontstekingshaard" -gedachte in het tandkaakgebied in diskrediet. Het feit dat men de van een tandstoornis uitgaande stoorniswerking, niet alleen door trekken, maar ook door neuraaltherapeutische behandeling uit de weg kan ruimen moet hier benadrukt worden. Elke aanbeveling om een tand te laten trekken betekent een plaatselijk grote ingreep. Juist bij oude mensen met een afnemende kwaliteit van leven maakt een goed functionerend gebit een belangrijk onderdeel van hun bestaan uit, dat wij bijna eerbiedig zouden moeten respecteren.

Gelukkig lukt het dikwijls de "ontstekingshaard"-werking, die van een tand uitgaat, door herhaalde injecties met procaïne teniet te doen. Dat deze injecties over meerdere weken steeds weer herhaald moeten worden, neemt de patiënt graag op de koop toe, omdat zijn - tot dan te goede kauwcapaciteit- niet door het verwijderen van tanden in gevaar komt.

Wat is een tandstoornis?

Het is een in het tandkaakgebied aanwezige (ontstekings-)haard. In deze stelling gaat een belangrijk detail schuil. Het tot op heden geldende betoog zegt namelijk: hier hebben we een tand en erin bevindt zich een ontstekingshaard. De gelijktijdig voorhanden zijnde pathologische

veranderingen in het kaakbeen worden daarbij niet in aanmerking genomen, hoewel ze het belangrijkste aandeel vormen: bijvoorbeeld bij het stoorveld "restostitis vinden we geen tand, geen granuloom, maar het pathologisch veranderde kaakbeen dat als ontstekingshaard werkzaam is. Eenvoudig gezegd: Niet de tand is de dader, maar het pathologisch veranderde kaakbeen. Als dus een tand op grond van een infectie verwijderd moet worden, is gelijktijdige grondige curettage ook noodzakelijk, zelfs als de betrokken tand röntgenologisch nog geen granuloom vertoont. Daarnaast moet in de volgende weken neuraaltherapie als nabehandeling worden toegepast. Wat is de definitie van een infectiehaard?

Het is een zieke plaatselijke verandering in het zachte bindweefsel, dat nog niet in staat is het materiaal op te bouwen waarin de plaatselijke en algemene afweerreacties in constante actieve "vechtpartijen" met elkaar bezig zijn.

Vanuit dit crisiscentrum worden pathologische prikkels humoraal en neuraal over het organisme gestrooid. Deze werking op afstand leidt derhalve tot een algemene infectieziekte.

In deze definitie wordt in het bijzonder de pathogeniteit van het niet tot opbouw in staat zijnde materiaal benadrukt. Het gaat hierbij vanzelfsprekend om wezensvreemde elementen als ook, dikwijls voorkomend en niet onderkend, om gedegeneerd eiwit zoals bijvoorbeeld in een zieke of dode pulpa wordt aangetroffen. We vinden deze gedegeneerde eiwitten ook in wortelresten, op de bodem van een cyste of een hydropisch tandzakje (de infectiewerking van bijvoorbeeld steriele 'niet prikkelende verstandskiezen' is hierdoor verklaarbaar). Aldus vertoont ook een granuloom een infectiehaard, omdat het gedegeneerd eiwit bevat. Histologisch zien we in deze haarden of stoorvelden niet de typische leukocytaire infiltraties zoals bij een -itis, maar lymfocyttaire infiltraties met reuzencellen. Deze veranderingen vinden we ook in het kaakbeen, daarom moet bij een chirurgische odontogene ingreep het bijna altijd pathologisch veranderde kaakbeen mede verwijderd worden en niet alleen de tand worden getrokken.

Welke stoorvelden vinden we het meest?

1. de dode tand
2. restostitis
3. de verschoven tand

Het zogenoemde granuloom heb ik hier met vermeld om de volgende redenen:

De dode tand met wortelvulling, ook zonder granuloom, is een bijzonder veel voorkomend stoorveld. Het standpunt als zou bij een juiste wortelvulling geen bacteriën kunnen binnendringen om tot vorming van een infectie te komen, mag als achterhaald gelden. Aan de ene kant zorgen niet de bacteriën voor het vormen van een infectie, maar zij maken gebruik van de afweerszwakte van een weefsel. Aan de andere kant is

het dat gedetermineerde eiwit dat zich rond de wortelvulling vormt en de infectie laat ontstaan. Bij gelijktijdige aantasting bacteriën, komt hierbij nog het bacterie-eiwit, hetgeen het proces kan versterken.

Het dentine is met dunne kanalen doortrokken, die de verbinding tussen de pulpa en het peridontium tot stand brengen. Ook het wortelcement is geen onoverbrugbare versperring voor stofwisselingsafbraakproducten. Er is dus geen zogenoemde "cement barrière". De dode tand is enkel zenuwdood en biologisch actief. Er vindt regelmatig stofwisseling plaats tussen de tand en zijn omgeving via de dentinekanaaltjes.

Als de tand eenmaal dood is, kan dit tot granuloomvorming leiden aan de wortelpunt. Het granuloom is dus het gevolg en niet de oorzaak van het pathologisch gebeuren aan de tand. Het granuloom is een poging van het organisme om het gedetermineerde eiwit in te kapselen. Het is een halfbakken afweermaatregel (een soortgelijk proces speelt zich af als zich ergens in het lichaam een abces vormt, het abceskapsel snoert het pathologisch proces in. De genezing komt pas als het abces "openbreekt" en het gedegenererde eiwit dan wordt afgestoten). En wat doen wij als het lichaam probeert een slechte tand af te stoten?

De grootte van het granuloom zegt niets over zijn infectiehaardwerking. We moeten eens voorgoed afleren om de werking van een infectiehaard in relatie tot zijn omvang te zien. (Als we in een kamer het licht uitdoen, is de grootte van de schakelaar ook onbelangrijk).

Dus zoals de chirurg voor de flegmone banger is dan voor het abces, zo vinden wij ook een omvangrijke infectiehaardwerking bij het optreden van een zogenoemde restostitis. Histologisch vinden we ook bij de restostitis geen bewijs van een acute ontsteking, maar in eerste instantie lymfocyttaire infiltratie met reuzencellen.

Om nog maar eens te herhalen: de meest voorkomende gevallen in het tandkaakbeengebied zijn de restostitis, de dode tand en de verschoven tand.

Als bijkomend stoorveld wil ik nog vermelden de aanwezigheid van de twee verschillende metalen in de mond, waarbij het naar mijn mening niet gaat of dit twee verschillende metalen (in het algemeen amalgaam en goud) zich direct naast elkaar bevinden of op verschillende plaatsen in de mondholte. Over het algemeen kan worden gesteld dat elke pathologische toestand of proces aan de tand of in het kaakbeen kan leiden tot een stoorveldwerking.

Hoe vinden we dat stoorveld in het tandkaakbeengebied?

Op deze plaats zullen we alleen ingaan op de Huneke-test. Hij schrijft voor dat in één zitting alle verdachte tanden en kaakgedeelten getest moeten worden. Als we dat nauwkeurig doen, dan zien we dat we uitkomen op een indrukwekkend aantal injecties.

Ook als dat voor de patiënt geen pretje is, moet het zoeken naar het stoorveld in het tandkaakbeengebied op deze manier aan de oppervlakte

komen terwijl we in het algemeen in de neuraaltherapie (vooropgesteld dat we de bekende injectietechniek beheersen) ervan kunnen uitgaan dat de uitslagkwaliteit van de Huneke test rond de 100% ligt, geldt dat bij het testen van de tand slechts voor rond de 50% tot 70% (afhankelijk van de methodiek).

Ook het secondenfenomeen is iets anders dan zoals we het in de neuraaltherapie kennen. De klacht moet minimaal 8 uur afwezig blijven (iets korter wordt ook geaccepteerd). Bij herhaling is het niet altijd zo dat de klacht langer wegblijft.

Een vermoeden voor een tandstoorveld vormen de tegengestelde (paradoxe) reacties:

Binnen de eerste 24 uur doet zich een duidelijke verheving van de klacht voor, daarna volgt een verbetering. Ook het omgekeerde (eerst verbetering, daarna aanzienlijke verheving) moet in ogenschouw worden genomen Omdat dergelijke reacties dikwijls voorkomen, moet de neuraaltherapeut van de patiënt verlangen dat deze zijn exacte waarnemingen aan hem vertelt o.a. door middel van gerichte vragen Ook al is de Huneke-test niet voor 100% betrouwbaar, deze zal toch steeds moeten worden toegepast aangezien ook de andere testmethoden niet voor 100% betrouwbaar zijn.

Waarop berust nu die onbetrouwbaarheid van de tandentest? Welnu, het stoorveld dat met het neuraaltherapeuticum moet worden uitgeschakeld, ligt diep in het bot (dus niet aan de oppervlakte zoals een litteken).

Daarom zijn er twee eisen voor het testen:

1. We moeten met de naald zo dicht mogelijk bij het stoorveld komen (buccale, palatinale of linguale testinjecties evenals, indien gewenst, de intraligamentaire). (noot redactie: In de tijd dat dit artikel geschreven is bestond de intracorticale injectie methode volgens het Stabident systeem nog niet. Dit is voor dit soort gevallen een welkome aanvulling.)
2. We moeten een neuraaltherapeuticum kiezen dat een zo hoog mogelijke penetratie door het bot bezit.

Bij veel patiënten vinden we een reguleringsblokkade. Voor een tandsanering moet men proberen deze blokkade op te heffen door een andere manier van behandelen. Anders blijft het succes van het saneren twijfelachtig. Wat moet de neuraaltherapeut doen na een geslaagde tandsanering? Te beginnen met een tussenpose van 14 dagen, later elke 4 tot 8 weken, moet het gesaneerde gebied met geringe hoeveelheden met een neuraaltherapeuticum worden geïnfiltreerd. Ik heb zeer goede ervaringen gekregen door aanvullend kwaddelen van de huid langs de lymfvoerwegen. Hierna volgen enige typische verlopen gevallen bij therapieën en sanering van tandstoorvelden.

Voorbeelden

Casus 1

Een 32-jarige patiënte had iedere twee tot drie maanden optredend Quincke-oedeem met sterk jeukende urticaria en astma toestanden. Na tandsanering (bevinding: Avitale Tand 11 met ostitische veranderingen aan de wortel met doorgedrukt vullingsmateriaal) en nabehandeling bleven verder de bezwaren bestaan, echter veel minder frequent en veel zwakker en ze zijn circa een jaar na de tandsanering niet meer voorgekomen.

Conclusie

Ook bij een juist uitgevoerde tandsanering en consequente nabehandeling kan het een jaar duren alvorens het resultaat stabiel is. Daarom moet dat dan ook, alvorens met de behandeling te beginnen, aan de patiënt worden gezegd, omdat hij anders bij een terugval teleurgesteld verdere medewerking staakt.

Casus 2

Een 19-jarige balletdanseres kon haar beroep niet meer uitoefenen als gevolg van een één jaar geleden ontstane spierscheuring in het bovenbeen die zeer pijnlijk was. Nadat de dwarsliggende verstandskies was verwijderd was binnen enkele weken het been weer zonder pijn en kon het in het ballet volledig worden belast.

Conclusie

Als een organisme een trauma in de toegestane tijd met uit de weg ruimt, kan de schuld liggen bij een tandstoorveld.

Casus 3

Een 72-jarige vrouw leed al 6 jaar aan pijnen in het onderste BWS-deel. Injecties bij dode tanden hadden de ene keer wel, de andere keer geen resultaat. Pas na de röntgenfoto's van de naaste omgeving werd het echte stoorveld zichtbaar: een metaal Fremdkörper (een element dat er niet thuishoort). Injectie daar toonde het Huneke-fenomeen. Na de verwijdering ervan was de patiënt na verloop van tijd zonder klachten.

Casus 4

Een 55-jarige vrouw had sedert 1½ jaar bestaande klachten in de rechter elleboog. De verdachte tand, zwaar belast omdat deze de prothese droeg, gaf na herhaalde injecties geen beter beeld. Inspectie van de omgeving (foto's?) toonde een in een opstijgende tak dwarsliggende verstandskies. Verwijdering van de kies was niet noodzakelijk. De patiënt is al 7 jaar zonder klachten, na het geven van 3 injecties in de regio van die kies.

Conclusie

Laat een tandtest verschillende uitslagen zien, dan kan het echte stoorveld in de nabijheid liggen van de eerst als verdachte en aangespoten plek.

Casus 5

Een 93-jarige vrouw met zware Coxartrose rechts en veel pijn. De rechter onbetande onderkaak werd aan een test onderworpen. Nadat het

secondenfenomeen had plaatsgevonden toonde een röntgenopname een in een opstijgende tak liggende verstandskies. Op grond van een duidelijke verbetering na de injectie heeft de vrouw besloten om de verstandskies niet chirurgisch te laten verwijderen.

Casus 6

Een 33-jarige vrouw leed al vele jaren aan ischias (lumbo ischialgie). Na injectie aan de verplaatste snijtand verdween de klacht na één behandeling. In de loop van 4 jaar zijn de klachten nog drie keer teruggekomen, maar ze konden elke keer door een enkele injectie in de omgeving verholpen worden.

Conclusie

Zelfs bij verplaatste tanden kan de therapeutische injectie langdurig resultaat opleveren, dus daarom met te snel trekken

Casus 7

Een 54-jarige patiënt leed al vele jaren aan een recidiverende neusfurunkel, die elke keer met antibiotica was behandeld. Onlangs, toen het weer de kop opstak, heeft ze zich door mij laten behandelen onder het motto: "Om de pijn tenminste te verzachten". Op de röntgenfoto was een zware diffuse ostitis bij een onvolmaakte en resterende wortelvulling zichtbaar. De volgende dag vertelde ze mij dat de pijnen direct en de furunkel opeens waren verdwenen. Driekwart jaar daarna ontstond er een lichte terugkeer van de furunkel die ik op dezelfde manier behandelde. De waarnemingstijd bedraagt thans 8 jaar. De klachten zijn niet meer opgetreden, hoewel de patiënt zich nog steeds niet heeft laten saneren.

Conclusie

Zelfs bij de zwaarste pathologische veranderingen in het kaakbeen kan stoorveldwerking door injectie met een neuraaltherapeuticum geneutraliseerd worden.

Casus 8

Een 73-jarige patiënt met zwaar gedegenerende veranderingen in de kniegewrichten en aanzienlijke klachten in de linker knie. Injectie in een wortelrestant bracht het secondenfenomeen. nadat deze wortelfresten waren verwijderd bleef een verdergaande verbetering bestaan.

Casus 9

Een 75-jarige patiënt met uitgesproken artrose in het linker spronggewricht na fractuur met een aansluitend Sudeck-syndroom. Injectie bij de dode tanden veroorzaakte een aanzienlijke verzachting tot ca. 70%: het aansluitend omspuiten van de tanden en het gewricht leidde tot een zodanige verbetering dat de patiënt de neuraaltherapeutische injecties als pijnlijker ondervond als de pijnen in de voet.

Waarnemingstijd is thans 4 jaar. Er volgde geen verdere behandeling en geen tandsanering. In beide gevallen kan men erover discussiëren of het tandstoorveld de oorzaak van de artroseklachten was.

Conclusie

Ook bij de zwaarste anatomische veranderingen is het zoeken naar een tandstoorveld zinvol.

Casus 10

Een 61-jarige patiënt met een artritis in het linker duimgewricht. Testinjectie aan de avitale 37: positief Huneke fenomeen. Omdat herhaalde injecties geen aanhoudend succes hadden, werd de tand getrokken. Aansluitend een jaar zonder klachten. Daarna traden ze weer op, zij het in mindere mate, maar door injecties alleen in het tandkaakgebied werden de klachten niet overwonnen. Een 100% succes volgde echter toen tegelijkertijd het duimgewricht werd ingespoten (hetgeen voor de sanering geen verbetering had gebracht).

Conclusie

Als na een tandsanering het 100%-succes uitblijft, kan dit toch worden gehaald, als aansluitend ook in het betreffende orgaan wordt gespoten.

Casus 11

Een 23-jarige patiënt met migraine. Na verwijdering van de tand met kroon en stiftopbouw, met zogenoemde curretage aanvankelijk geen klachten, daarna steeds vaker optredende terugkerende klachten. Tenslotte een paradoxale reactie: migraine liet zich door de injectie aan het vermeend gesaneerde gebied provoceren. Pas na ontdekking en verwijdering van het nog achtergebleven lichaamsvreemde element trad op den duur geen klacht meer op.

Conclusie

Als ondanks nabehandeling van het gesaneerde gebied het aanvankelijk verkregen succes uitblijft, het zelfs tot verslechtering leidt, dan heersen in het gesaneerde gebied nog pathologische omstandigheden.

Casus 12

Een 54-jarige patiënt met steeds terugkerende stenocardiën en acuut cervicaal syndroom. Na verwijdering van een dode kies gedurende 2 weken totaal geen klachten. Daarna trad weer het cervicaal syndroom op. Injectie in de extractiewond leverde niets op. Echter wel aan de door de tandarts getraumatiseerde 46. Na 3 behandelingen trad ook het syndroom niet meer op. Beoordelingstijd thans 3 ½ jaar.

Conclusie

Als na een tandsanering de bereikte klachtenvrije toestand, ondanks nabehandeling, niet 100% is, dan kan in de omgeving een nieuw stoorveld zijn ontstaan. In het tandkaakbeengebied kunnen pathologische veranderingen zeer snel het karakter van een stoorveld aannemen.

Casus 13

Een 76-jarige patiënt met een chronische bronchitis. Totaal werden 7 dode en geïnfecteerde tanden gevonden. Injecties aanvankelijk elke 2 weken, later alleen nog elk kwartaal, leidden tot een zodanige verbetering dat de

patiënt niet wilde besluiten de ontstoken tanden te laten trekken.

Conclusie

In het belang van een goede kauwfunctie kan in een enkel geval worden overwogen of een herhaalde therapeutische injectie niet de voorkeur verdient boven een chirurgische sanering.

Casus 14

Een 26-jarige verpleegkundige zag haar beroepsuitoefening in gevaar komen, omdat ze op allerlei desinfecteringsmiddelen met uitgesproken eczeem reageerde. Viermaal injecties in de buurt van het blanke bot (ontstaan na operatie van een tandcyste) liet het eczeem volledig verdwijnen.

Conclusie

Elke pathologische verandering in het kaakgedeelte kan tot stoorvelden leiden. Geen ziekte mag als therapieresistent worden gezien als niet eerst elk deel van het tandkaakgebied is getest.

Casus 15

Bij een 67-jarige patiënt bestond een cervicaal syndroom met de volgende symptomen: beperkte beweging naar links, spanningsgevoel in de halswervelkolom en duidelijke drukpijn bij C3 links. Paresthesiën in de omgeving C3 links. Voor de afzonderlijke symptomen konden verscheidene stoorvelden worden gevonden. Een voorgaande segmentbehandeling bleef zonder resultaat. Na injectie in de amandel verdween de spanningspijn, de beweging was vrij na het uitschakelen van het stoorveld in de kaakholtte door middel van een injectie aan het ggl phenopalatinum. De reguliere diagnose luidde o.a. verplaatste 8 is momenteel niet van invloed op de algemene gezondheid. Na injecties bij deze kies verdween de drukpijn bij C3 links en de paresthesiën in het uitbreidingsgebied C3 links werden uit de weg geruimd door kwaddelen.

Conclusie

De eis van Huneke, dat de door een stoorveld veroorzaakte klachten voor 100% moeten verdwijnen, voor zover dat anatomisch mogelijk is, moeten we letterlijk opvatten, d.w.z. alleen de klachten waarvoor het stoorveld verantwoordelijk is kunnen verdwijnen, niet de in de omgeving secundair veroorzaakte gevallen. In het voorliggende geval heeft het stoorveld van de pijn bij de ruggewervel C3 veroorzaakt.

Casus 16

Dit voorbeeld moet aantonen dat één ziektebeeld door twee verschillende tanden kan worden opgewekt. Een 35-jarige musicus met tinnitus, zodanig dat het schade voor zijn beroep opleverde. Verdacht wordt de brug rechts onder. Hij ligt op een avitale ogenschijnlijk rustige 45 en op een vitale verstandskies. Injectie in dit gebied gaf weliswaar een reproduceerbare, maar niet lang aanhoudende verbetering. Na verwijdering van de brug en de avitale 45 verdween de tinnitus links volledig en rechts voor 50%. Pas na verwijdering van de vitale en onopvallende 48 totale genezing.

Interpretatie

Bruggijlers staan altijd onder een aanzienlijk hogere druk dan waarvoor de botbedding, fysiologisch is bedoeld. Het was te overwegen geweest of alleen de overbelasting van de 48 een stoorveld vormde.

Casus 17

Een 87-jarige patiënt met coxarthrosepijn. Plaatselijke maatregelen zonder succes. Trekken van een avitale 17 zonder directe werking. Na het trekken gaf de tot dan toe niet succesvolle segmenttherapie een duidelijke verzachting. Andere interessante waarneming: het succes van de segmentale therapie bleef alleen overeind als alle 4-6 maanden eenmalig het extractie gebied met procaïne werd ingespoten.

Conclusie

Na een schijnbaar succesloze tandsanering kan een herhaalde segmentbehandeling met de neuraaltherapeutische nabehandeling van het extractie gebied tot succes leiden.

Casus 18

Een interessante casus. Een 45-jarige patiënt met een sedert enige maanden bestaand chronisch cervicaalsyndroom. Bij anamnese niets bijzonders, alleen een blinde darm die zo'n 5 jaar lang zo nu en dan opspeelt (niet erg van aard), verder een wortelgevulde 27. Verder een litteken in de tonsillen, twee geboorten met inknip litteken. Bij de 1e testinjectie aan het amandellitteken een secondenfenomeen, echter geen effect bij herhaling. Plaatselijke maatregelen bovendien met injecties in de kaakholte en gynaecologische ruimte leverde niets op.

Dan de injectie bij de avitale 27. Deze vond plaats in de namiddag om 18.00 uur. Rond 20.00 uur zodanige lichaamsspijnen, die die nacht zodanig verhevigden, dat opname in een ziekenhuis en een operatie noodzakelijk waren. Diagnose: acute, kort voor de perforatie staande blindedarm. Na de operatie was het cervicaal syndroom verdwenen en is tot nu toe niet meer opgetreden.

Interpretatie

De avitale kies veroorzaakte een reguleringsblokkade. In deze blokkade was het lichaam niet in staat zijn haar, namelijk de chronische appendix, hetzij weer zelf te genezen, hetzij af te stoten. De appendix ontwikkelde een stoorveldkarakter voor de halswervelkolom en veroorzaakte derhalve het cervicaal syndroom. De injectie aan de dode tand ruimde de regulatieblokkade uit de weg. Toen deed het lichaam wat het al lang had moeten doen: het afstoten van de blindedarm, hetgeen door een acute ontsteking en een daardoor noodzakelijke operatie volgde. De blindedarm als dader werd aldus zelf opgeofferd om de halswervelkolom weer gezond te maken. Dit geval bevestigt verder een waarneming zoals we die al zo vaak hebben gezien: toont het injecteren van de amandel bij de eerste keer schijnbaar een secondenfenomeen, dat evenwel niet wordt herhaald, dan ligt het echte stoorveld in de buurt, namelijk bij de achterste kiezen.

Zo ook hier waar via de amandelen een secondenfenomeen kon worden verkregen en daarna niet meer. Het werkelijke stoorveld was de 27.

Naschrift

Ik heb over verscheidene verlopen en moeilijkheden bij het opruimen van tandstoorvelden bericht en wil nog een keer nadrukkelijk zeggen dat in zeer veel gevallen de neuraaltherapeutische behandeling voldoende is om de "haard" (oorzaak) verder te elimineren. Dus niet zoals af en toe wordt aanbevolen, de chirurgische radicale odontogene sanering bij het begin van de bemoeiingen verrichten, maar pas aan het eind daarvan.

