

denti devitalizzati\_1.doc

il primo consiglio che a ragione si dà a chi deve rimuovere l'amalgama è quello della rimozione protetta: un manoscritto a parte, di 15 pagine, è stato redatto per descrivere il protocollo della rimozione protetta ed è disponibile presso l'associazione A.D.O.M.  
C'è un secondo consiglio che il medico attento dovrebbe dispensare e cioè che urge una valutazione dei denti devitalizzati perché la loro estrazione potrebbe essere altrettanto o anche più necessaria della bonifica dell'amalgama

documenti disponibili:

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>denti devitalizzati_1.doc</b> (pp.30)  (dimensioni file: <b>0.30 MB</b>)</li></ul>	<p>PARTE 1</p> <p><u>introduzione</u> <u>la questione dei denti devitalizzati</u> <u>un tossicologo se ne occupa</u> <u>tumori, fibromi, cisti</u> <u>la tossicità sul sistema venoso craniale</u> <u>focus e osteonecrosi mascellari</u></p> <p>PARTE 2</p> <p><u>le degenerazioni dell'osso e l'amalgama</u> <u>le degenerazioni dell'osso e l'alimentazione</u> <u>le degenerazioni dell'osso e il dente devitalizzato</u> <u>per guarire bisogna diminuire a sufficienza la somma delle zavorre</u> <u>ogni estrazione di dente crea una cavitazione, a meno che...</u> <u>ricapitolo dei protocolli e da chi andare</u></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>denti devitalizzati_2.doc</b> (pp.25)  (dimensioni file: <b>0.30 MB</b>)</li></ul>	<p>PARTE 3</p> <p><u>l'invisibilità del fenomeno è la norma</u> <u>la letteratura medica</u> <u>altri casi clinici</u> <u>il momento critico dell'estrazione dentale</u></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>lastre Dauderer.doc</b> (pp.54 con foto)  (dimensioni file: <b>31.0 MB</b>)</li></ul>	<p>Casi clinici con ortopantomoramiche commentate da Dauderer.</p>

## PARTE 1

### introduzione

E' noto che la qualità dell'osso adiacente ai denti si deteriora con l'età: già intorno ai 30 anni (di regime alimentare "moderno") si possono raggiungere invecchiamenti importanti dell'irrorazione e della vitalità dell'osso. Nell'era poi dei plurimetallismi delle bocche (palladio, mercurio, rame, titanio, argento, stagno, etc. etc.), a ben vedere quest'area si trasforma in una discarica di mercurio e altri metalli odontoiatrici, cui si aggiungono stress e cicatrici da trattamenti odontoiatrici (anestetici + vasocostrittori) e ovviamente anche ogni altro tipo di esposizioni tossiche subite e non smaltite (che l'organismo necessita di parcheggiare da qualche parte). Tutta quella discarica rende moribondi i denti

nelle nostre bocche, ed è proprio per questo che hanno inventato la pratica della devitalizzazione. La reattività sembra localizzarsi nel dente, che però viene devitalizzato. La reattività della mandibola invece è minima o nulla, come viene documentato in casi anche gravi di osteonecrosi e annesse infezioni anaerobiche.

L'invenzione della devitalizzazione del dente risale a 100 anni fa. Inutile dire che ben poche voci si sono sentite (e col tempo sono diventate anche meno) che ponevano domande sugli effetti e implicazioni della prassi chimica volta a stroncare complicanze locali di un dente moribondo, coadiuvata da asportazione della linfa nel canale principale e isolamento con cemento a livello apicale.

Questo trattamento di "cura canalare" non tiene presente né la discarica che si è formata e continuerà ad accumularsi nell'osso sotto il dente, né i fenomeni cadaverici e anaerobici che coinvolgeranno, dentro il dente cavo morto, la polpa rimanente nei numerosi canali secondari e nei microtubuli.

Un'iniziativa cui davvero dò il benvenuto è "Rooted", un reportage su DVD del Dr. Robert Gammal ([www.lammag.com](http://www.lammag.com)), che ora è disponibile in italiano grazie ad una mia traduzione. Ne ho proposto la pubblicazione alla MacroEdizioni, con il titolo "Bara coi denti". La parola inglese originaria era un dono di sintesi e traduceva sia il termine tecnico relativo al dente, cioè "devitalizzato" ( → "rooted" ), sia si riferiva in gergo al paziente che "viene fregato" ( → "rooted" ) fino al disastro ( → "rooted!" ). Allo stesso modo il titolo "bara coi denti" spiega che con la devitalizzazione si è fatta una bara del dente. "Bara" è la cassa da morto che ci attende dopo una vita di patologie croniche cui i denti devitalizzati hanno contribuito (secondo questa tesi). "Bara", voce del verbo "barare", "barare coi denti".

Il medico australiano ci ha preparato un sorprendente viaggio per raccontarci l'intera storia. Il suo filmato, colorito e risoluto, invita a studiare i fatti, a dare un perché alle guarigioni miracolose. Invita ad aprire **un nuovo capitolo dell'odontoiatria biologica** in cui, per non perdere la salute di questi pazienti, ad un certo punto bisogna saper capire (mediante opportuna valutazione) se la presenza del cadavere dentale nell'organismo è ancora accettabile oppure non lo è più.

Nel tempo le capacità di autoregolazione dell'organismo diminuiscono e la somma di zavorre aumenta, fino ad un valore soglia ad orologeria, invisibile, superato il quale si entra nel mistero di tutte le malattie croniche degenerative e cancro. E' allora che posizioniamo le testimonianze di guarigione, raccolte da Gammal e molti altri autori, ottenute con l'estrazione dei denti devitalizzati.

Il tema diventa rilevante nel momento di saturazione. Il dottor Josef Issels, che nel corso di 40 anni ha trattato 16.000 malati terminali di cancro in Germania con la terapia Gerson, rifiutava di accettare il paziente se questi non andava prima dal dentista di riferimento ad estrarre secondo protocollo tutti i denti devitalizzati, in quanto riteneva che senza togliere i denti devitalizzati egli era impossibilitato ad ottenere buoni risultati su questi pazienti.

Stesso risultato per le malattie degenerative: "46enne che aveva avuto artrite reumatoide per 10 anni. Prima di venire da noi fu ricoverata numerose volte in cliniche; i trattamenti effettuati in precedenza era i soliti: cortisone, metotrexato, antiflogistici etc. La donna aveva due denti devitalizzati: un molare inferiore e un premolare dell'arcata superiore. Inizialmente estraemmo solo questo qui superiore, che era in correlazione con il legamento del ginocchio. Tolto il dente infetto (e anche l'osso sottostante era molliccio e infetto, abbiamo dovuto lavorarci ben bene), l'artrite guarì istantaneamente. Sapevo però che anche l'altro dente devitalizzato era coinvolto, ma la paziente era già soddisfatta e non capiva la necessità di toglierne un altro e lo lasciò. Anni dopo la paziente tornò con una grave dermatite, che era apparsa da qualche mese. Fu allora che accettò di togliere il molare devitalizzato che le avevo segnalato la prima volta. Fu fatto, e un miglioramento netto lo ottenemmo in due giorni. La dermatite era stata così grave che dopo l'estrazione del dente la pelle dovette ricostruirsi d'accapo (nel giro di due mesi ritornò normale). Vedete bene con questo esempio che in due momenti ben diversi di saturazione del sistema di regolazione di base si toglie la zavorra principale, e la malattia, anche grave, diventa reversibile".

Questo caso viene riportato dal Dr. Thomas Rau in un'intervista a Richard Levinton [1996], che continua: "Così trattiamo patologie di ogni tipo, di pazienti che sono già stati in ogni dove senza trovare sollievo. Parliamo di malattie irreversibili e croniche. Per esempio sindrome di fatica cronica, poliartriti croniche, rettocoliti, cancro, etc. **La nostra osservazione è che non si può risolvere una di queste malattie croniche senza servirsi del dentista delle bonifiche dei focus dentali, in particolare denti devitalizzati e osteonecrosi di aree sotto i denti.** Per i pazienti che vengono qui alla Paracelsus Clinic ci sono due possibilità: molti vedono solo il dentista, perché sono già stati edotti che il sistema di regolazione di base non può essere rimesso in moto senza la bonifica dei focus dentali (senza di cui persino le migliori terapie biologiche diventerebbero tempo e denaro spesi inutilmente). L'altra possibilità è che vengano per prima da me, che ho strumenti per bilanciare la biochimica dell'organismo. A questi pazientemente spiego l'importanza dei focus dentali e, nel corso della visita, diagnostico i focus dentali rilevanti e li dirotto dal dentista delle bonifiche".

Uno dei sostenitori della pericolosità dei denti devitalizzati nelle malattie croniche è il tossicologo tedesco Max Dauderer, cui però non sempre riusciva a far trovare la determinazione, a pazienti vittime di amalgama, a togliere i denti devitalizzati. La sua tesi è confermata dal fatto che nel gruppo di pazienti con sclerosi multipla che ebbero solo l'amalgama rimossa la percentuale di guarigione risultò del 16%, mentre nel gruppo di pazienti con sclerosi multipla che oltre ad allontanare l'amalgama ebbero i denti devitalizzati estratti con pulizia dell'osso la percentuale di guarigione fu dell' 86%. Allora, è l'amalgama o le discariche dell'osso mandibolare a causare la sclerosi multipla? Semplicemente, è **la somma** dei fattori di disturbo che inquinano il sistema venoso cranio-vertebrale a causarla.

Tom Warren: "A una donna che aveva tumore al seno fu chiesto di far estrarre prima dell'intervento chirurgico al seno un dente che faceva ascesso (agli oncologi non va di operare se ci sono segni di altre infezioni). Appena dopo l'estrazione del dente, mentre la **lidocaina** (neuralterapia) era presente nel suo sistema, una scansione digitale (raggi X) **con apparecchio termografico rivelò una linea bianca spessa che partiva dal sito dentale, procedeva giù al collo, fino al tumore al seno e poi giù allo stomaco.** Alla luce di questa scoperta il dentista, la donna e il medico concordarono di aspettare ad operare. Quattro mesi dopo la rimozione del dente infetto il tumore era scomparso".

Il dottor John Diamond (del Triad Medical Center, che collabora con il dentista Christopher Hussar, entrambi a Reno Nevada): "Se monitoraste le pazienti con tumore al seno che vi arrivano potreste scoprire anche voi come è capitato a noi che tutte hanno il coinvolgimento di devitalizzazioni in denti legati secondo la mappa dei meridiani all'area del seno coinvolta".

Weiger [1995] mostra che i batteri incubatisi nei denti devitalizzati erano stati in grado di produrre cisti a distanza. Ma gli esempi e le implicazioni possibili sono così variegati che mi sembra improvvisamente di aver perso la bussola e il dono della sintesi.

Vi dò il benvenuto a questa trattazione con una considerazione centrale da parte del dr. Weston Price. Interrogato sull'estrazione dei denti devitalizzati, se debba essere fatta sempre su ogni persona, il ricercatore risponde: «Le persone sono diverse nelle loro capacità di difesa dalle malattie cronicodegenerative». E continua: «Non sono pronto ad essere rappresentato dalla frase che "tutti i denti devitalizzati sempre e comunque debbano essere estratti". Anzi, le mie osservazioni sono che circa il 25% del totale degli individui, rimanendo le difese del loro organismo elevate e provenendo da famiglie che non hanno precedenti di malattie cronicodegenerative, possono lasciare i denti devitalizzati in bocca, finanche durante la loro vecchiaia, senza che contribuiscano all'innescare patologico di organi a distanza. La resistenza immunitaria è alta e il limite di sicurezza non viene superato. Ritengo però che c'è un valore soglia che la gran parte delle persone supera ad un certo punto della loro vita, oltre il quale la rimozione dei denti devitalizzati coinvolti è necessaria per poter ristabilire delle normali condizioni di salute».

Un monito, che ci tengo a menzionare prima di concludere questa introduzione, è quello relativo ai pesanti contraccolpi che seguono il rifacimento (a distanza di anni) di un dente devitalizzato imbizzarrito, che il dentista riesce a domare solo dopo altri due o tre tentativi. Ma questo è ormai un osso cavo cadavere, adatto solo alla coltivazione del marciume. Un cadavere sgretolato (che raggiunge progressivamente vari livelli di semi-marciume interno, da quando è stato appena devitalizzato fino a decenni dopo). Nonostante il dentista ne abbia l'evidenza ogni giorno (i denti devitalizzati diventano proprio brutti, come minimo sgretolosi), in mente sua l'operatore della bocca è sicuro che non ci siano possibilità di effetti a distanza. La sua tecnica viene messa in discussione in modo concreto e scientifico in questo DVD. Quanto imprudente sarà stato andare a ri-mummificare un osso cavo ormai marcio, e quanto pesante sarà il pedaggio in termini di salute?

### **il problema diventa serio**

"Un giorno" narra il Dr. Bruno Darmon, "ho chiesto al **Dr. Davo Koubi** cosa pensava lui degli amalgami dentari. Koubi era conosciuto nelle Alpi Marittime perché guariva con discreto successo affezioni croniche estraendo i denti devitalizzati (il suo libro in merito si intitola "la santé dans votre bouche", cioè -la salute nella vostra bocca-). Ebbene il dottor Koubi mi ha confessato che egli veramente non si era mai interessato più di tanto di togliere gli amalgami di mercurio, tranne forse un poco verso la fine della sua carriera. Lasciando l'amalgama e solo togliendo i denti devitalizzati egli aveva guarito un numero impressionante di malattie gravi!".

Per descrivere la questione dell'amalgama bisogna parlare di un metallo tossico tollerato cronicamente (ma solo fino ad un certo punto) dall'organismo. Per i denti devitalizzati la tossicità ancora una volta si spalma su un lungo lasso di tempo (durante il quale è tollerata cronicamente), ma si tratta questa volta di putrefazione di basso grado interna ai canali secondari e tubuli dentinali (quindi niente a che fare con materiali tossici lasciati dall'odontoiatria).

La morte di un dente (il dentista toglie il nervo e tenta di mummificare laddove ha accesso) lascia in eredità una questione di putrefazione e colonizzazione interna anaerobica di strutture irraggiungibili ai ferri del dentista.

“I denti devitalizzati, tutti, diventano una vera e propria fabbrica di tossine”, dicono alla Clinica di Issels, dove hanno evidenziato i livelli di “dimetilsulfide” nel corpo prima e dopo l’estrazione dei denti devitalizzati. Il dimetilsulfide è uno dei tioeteri prodotti dalla vita anaerobica dei batteri dei tubuli dentinali dei denti devitalizzati. Herbert J. Bartelstone dimostra che neanche il murare il dente a livello apicale è sufficiente: ciò che è dentro passa fuori comunque, verso il sistema linfatico e poi alla tiroide.

Se dello iodio radioattivo (I-131) è posizionato in un dente devitalizzato (all’interno della radice spolpata, opportunamente riempita e murata), lo iodio comparirà nella tiroide circa 20 ore più tardi, come pubblicato da Bartelstone (Stati Uniti) e Djerassi (Bulgaria) mediante scintigrafia tiroidea.

Anche il ricercatore tedesco Spreter von Kreudenstein ha mostrato questo scambio che c’è tra interno di un dente devitalizzato (per quanto murato apicalmente) e il resto dell’organismo.

(in: Bartelstone HJ, “Radioiodine penetration through intact enamel with uptake by bloodstream and thyroid gland”, J Dent Res., 30, 5: 728-733, 1951).

Il Dr. Josef Issels spiega: “Una certa malattia infiammatoria focale crea sulla superficie della pelle corrispondente un aumento patologico di emissione infrarossa! Più alta è l’attività del focus, più pronunciata è l’alterazione registrata dall’infrarosso. Noi misuriamo ciò con il “toposcope infrarouge de Schwamm”. Le nostre osservazioni cliniche mostrano una stretta relazione tra emissione infrarossa del focus dentale e quello della regione cancerosa. Dopo l’allontanamento del focus dentale in generale c’è sempre una diminuzione dell’attività infrarossa sulla zona tumorale. Si può chiaramente dedurre da ciò che il trattamento raccomandato per i denti devitalizzati è l’estrazione.

La situazione “focale” (che crea effetti a distanza) del dente devitalizzato non è sempre la stessa e non è lineare: c’è una fase in cui le difese del nostro organismo sono alte e l’organismo può organizzare eccellenti difese locali per bloccare e neutralizzare in buona parte qualsiasi cosa scappi verso l’esterno.

Certo lo sforzo per la sua presenza costa all’organismo: le difese si esauriscono progressivamente. Infine c’è il momento di vulnerabilità in cui l’azione decisiva con effetti a distanza prende corpo (“azione diretta”).

**Thomas Rau**, direttore della Paracelsus Clinic in Svizzera dice: «Nelle patologie gravi, se non si fanno estrarre i denti devitalizzati, gli effetti positivi di tutti i rimedi da noi applicati possono rimanere davvero minimi, e ciò vale qualsiasi sia il nome della malattia».

**Josef Issels** (che nel corso di 40 anni ha trattato 16.000 malati terminali di cancro in Germania e che rifiutava di accettare il paziente se questi non andava prima dal dentista di riferimento ad estrarre secondo protocollo tutti i denti devitalizzati) ci invita a questa riflessione: “La correlazione del dente devitalizzato con le malattie cronico-degenerative deve prendere in considerazione non solo l’azione decisiva con effetti a distanza, ma anche la lunga fase in cui (anche se ben perimetrato il materiale necrotico da cisti, condensazione ossea o cellule ipo-polarizzate) le capacità naturali di manutenzione e guarigione dell’organismo vengono consistentemente ridimensionate per la presenza del focus.

I tioeteri sono “antigeni parziali” che tendono a unirsi alle normali proteine del corpo, con la conseguenza della loro “denaturazione”. Capite bene che se queste sostanze si depositano in gran numero sulla parte più delicata di un certo organismo, sopraggiungerà l’autoimmunità, perché le proteine del corpo combinate con tioeteri diventano “non-self”.

In alcuni casi la resistenza totale dell’organismo è così compromessa che non solo i tioeteri trasmigrano, ma i microrganismi stessi riescono a sfuggire dall’interno del dente devitalizzato.

“Prima di essere al corrente del problema dei denti devitalizzati”, scrive il Dr **Bruno Darmon**, “era mia abitudine, con i pazienti affetti da disturbi cronici, estrarre le otturazioni di amalgama. Avevo lavorato così per 5 anni, durante i quali, devo confessarlo, sono stato in grado di ottenere guarigioni interessanti. Ma allontanare anche i denti devitalizzati mi ha permesso nei dieci anni successivi di aumentare la frequenza e anche l’entità delle guarigioni straordinarie.

Il Dr **Jean Gabriel Thomas** (reumatologo a Grasse, che è anch’egli conosciuto per essere riuscito a guarire condizioni croniche di malattia dette inguaribili, con pazienti che vengono a lui da ogni angolo della Francia) dice che quando non si toglievano i denti devitalizzati i suoi trattamenti funzionavano dieci volte di meno.

28 dicembre 1999: «Con la presente io attesto di aver osservato da 25 anni su centinaia e centinaia di casi che i trattamenti medici selezionati per ciascun ammalato si rivelavano molto più efficaci sui pazienti che decidevano di estrarre i denti devitalizzati, anche in assenza di segni radiologici o sintomatici sulle arcate dentarie». Dr Jean Gabriel Thomas, Grasse (in Francia), tel : 04 93 36 21 81

Nei dodici anni in cui il centro medico Crussol (a Parigi) ha operato sotto la direzione del Dr **Gilbert Crussol**, sono state accolte centinaia di persone a settimana da un'equipe medica che lavorava con un metodo davvero particolare: l'estrazione di amalgami dentari e di denti devitalizzati, step necessario per una successiva terapia di chelazione. La filosofia era che il corpo avrebbe potuto avviare i suoi intrinseci meccanismi di guarigione se liberato da zavorre, focus e avvelenamento. E' così che in effetti migliaia di malati cronici benestanti (i costi della clinica erano davvero alti) hanno ottenuto guarigioni da malattie croniche cosiddette irreversibili. Poco tempo prima di andarsene in pensione (quando insomma non rischiava più persecuzioni da parte dell'ordine dei dentisti), il direttore, Dr Gilbert Crussol decise di esprimersi liberamente sull'argomento spinoso dei denti devitalizzati.

“Io sottoscritto Crussol Gilbert, chirurgo-dentista a Parigi, fondatore nel 1969 della Européen Academy of Endodontie, rinominata poi Association Française d'Endodontie (endodontie: “la scienza di devitalizzare i denti”). Per 10 anni, dopo una specializzazione negli Stati Uniti, ho praticato esclusivamente endodonzia. Ho organizzato io i corsi di endodonzia per più di 3000 dentisti francesi. Avendo continuato ad approfondire la mia formazione personale, documenti scientifici irrefutabili mi hanno portato a poter esplorare il fenomeno della estrema tossicità dei denti devitalizzati, anche se generalmente possono non presentare alcun sintomo clinico o radiologico locale. Solo l'autopsia del dente permette la dimostrazione del suo coinvolgimento infettivo mediante l'analisi in laboratori specializzati. Lavorando in concertazione con numerosi altri medici, noi siamo oggi persuasi che l'estrazione di tutti i denti devitalizzati è l'attitudine ideale e indispensabile a qualsiasi approccio delle malattie degenerative. Io ritengo che il non proporre ai pazienti l'eliminazione di tutti i siti dentari e ossei adiacenti infetti, e tra questi ciascun dente devitalizzato, è una mancanza professionale”. (Paris, 08/03/2000. email : crussol@mac.com)

Una testimonianza ci viene dalle osservazioni del **padre del Dr. J.G. Thomas**, anch'egli medico. A quell'epoca, non essendoci dentisti a portata di mano nella vallata dove viveva, era lui (il medico) che cercava di curare i dolori dei denti come poteva, e non riuscendoci doveva estrarli i denti infetti. I dentisti si trovavano solo nelle grandi città, ma poi aumentarono in numero dei dentisti aumentò e un giorno un giovane dentista si installò nel loro piccolo borgo. I pazienti che soffrivano di denti ovviamente da quel giorno furono indirizzati al dentista. Ma nell'arsenale dell'odontoiatria non c'erano solo gli strumenti per curare le carie, ma anche quelli per la cura canalare, che salva un dente devitalizzandolo. Ebbene di lì a qualche tempo, racconta il padre del Dr J.G. Thomas, ci fu un cambiamento netto: tutti i medici del borgo furono pieni di pazienti e malati.

Era l'amalgama di mercurio responsabile di tutto l'aumento di incidenza di disturbi e malattie croniche, oppure si può dare una parte della colpa ai denti devitalizzati?

Shakov (Mosca) si è interessato a questo argomento e in collaborazione con numerosi co-autori ha monitorato oltre 1200 giovani delle scuole secondarie e pubblicato i risultati. Seguendo ciascuno per un periodo di 6 anni, fu visto che gli studenti con denti devitalizzati avevano tre volte più malattie di quelli con dentizione sana. Rimuovendo i denti devitalizzati si otteneva che l'80% delle malattie guarissero.

La pratica dei denti devitalizzati crea una maggiore incidenza di disturbi e malattie, scrive Thomas Rau (1999): “La popolazione e i dentisti d'Appenzell in Svizzera sono per una certa parte influenzati dalla pratica della Paracelsus Clinic di proporre l'estrazione sistematica di tutti i denti devitalizzati ai loro pazienti, e ciò negli ultimi 12 anni su un 18.000 persone. E **la popolazione di Appenzell** è quella di tutta la Svizzera che, sorpresa, è la meno malata. E' la popolazione che ha più di due volte meno spese mediche del resto della Svizzera dove questa pratica è ignorata”.

Riporto ora stralci di una relazione sui denti devitalizzati tenuta dal Dr Josef Issels ([www.issels.com/publications/FocusOnFoci.aspx](http://www.issels.com/publications/FocusOnFoci.aspx)):

W. Meyer (Goettingen, 1960) ha dimostrato che nei denti devitalizzati i canali e i tubuli dentinari contengono enormi colonie microbiche. Le tossine prodotte da questi microbi dei denti devitalizzati tendono a modificare la struttura dell'osso mascellare. Un dente devitalizzato non è più capace di monitorare e controllare i processi infiammatori anche quando la suppurazione ha invaso gli spazi d'osso adiacenti la radice. Quindi questo dente dà raramente segnali d'allerta al paziente o al suo dentista. In questa dinamica si forma un focus dentale che sviluppa il suo effetto nocivo sull'organismo nell'arco di decenni.

L'evoluzione dell'infezione intorno all'osso è determinata dalle capacità del sistema di difesa locale a mantenere (più o meno a lungo, più o meno bene) la perturbazione focale sotto controllo.

Se la resistenza dell'organismo è intatta, a fronte di un alto livello di infezione interna del dente si forma il granuloma, membrana cistica che impedisce con efficienza al contenuto tossico (del dente devitalizzato) di diffondersi nell'organismo.

Se la resistenza del corpo è indebolita, come ho potuto osservare in molti miei pazienti con tumori, avremo un focus “non-incapsulato”. La reazione tipica al focus dentale nell'organismo indebolito è l'osteite condensante, che indica infezione con capacità minori di isolamento delle tossine prodotte in denti e osso coinvolti.

I focus dentali più pericolosi e nocivi di tutti sono frequentemente di questo tipo, “non-incapsulato”.

## la questione dei denti devitalizzati

Nella devitalizzazione del dente, il dentista estirpa la polpa del canale principale (l'unica struttura interna del dente accessibile ai suoi ferri) e blinda con un cemento l'orifizio apicale da cui entrava il sangue. Il risultato è che i microtubuli dentinali (cavi) e la polpa inaccessibile nei canalicoli secondari perdono il loro rifornimento di nutrimento: il dente è cadavere.

Nel canale radicolare principale, spolpato, vengono usati vari miscugli di sostanze di riempimento e sterilizzanti: formaldeide, guttaperca impregnata di metalli, antibiotici, citostatici, cortisone, etc. Nella versione più moderna, vengono usati ipoclorito di sodio + riempimento in silicati. L'intento dichiarato è di ostacolare la crescita di microbi che nella natura digeriscono i cadaveri per pulirne l'ambiente.

Il prof. Jerry Bouquot è oggi professore patologo e direttore al Maxillofacial Center per Diagnostics e Research di Morgantown, Univ. West Virginia. Il suo lavoro è stato di evidenziare il marciume (cioè cadaverina, putrescina, actinomiceti, batteri anaerobici tra cui clostridia) che esce in qualsiasi dente devitalizzato, anche fatto da poco più di un anno, messo a coltura dopo l'estrazione. Non stiamo parlando di denti che avevano fatto ascessi o granulomi, al contrario erano denti impeccabili che non davano problemi locali e le cui devitalizzazioni erano state ben eseguite e sigillate.

Altri autori hanno pubblicato questa prova: mantenendo il dente devitalizzato appena estratto in soluzione sterile (ipoclorito), si scopre che dalla dentina iniziano ad uscire enterococchi (H. Lodenkamper, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Heft n.7 und Heft n.9, 1971).

Un'altra controprova del popolamento fungino dei denti devitalizzati viene da osservazioni per ingrandimento della dentina (vedi foto: [www.dr-thomas-herms.de/it-zahn.htm](http://www.dr-thomas-herms.de/it-zahn.htm)).

I denti vivi (indagini in microscopia della dentina), non vengono colonizzati da batteri anaerobici.

I denti morti (indagini in microscopia della dentina, effettuati dal Dr. Price, "Root Canal Cover-Up" p.171) mostrano che entro pochissimo tempo dalla devitalizzazione, il tessuto interno si popola di microbi adatti a un ambiente di putrefazione e scarsità di ossigeno, che provocano, alla lunga, una decomposizione di tipo fungino del cadavere del dente. Questo fenomeno è tipico delle mummie che ospitano una flora microbica aspergilloso.

In proposito scrive il dottor Meinig: "La colonizzazione (da parte di batteri anaerobici) poteva essere dimostrata quasi nel 100% dei denti devitalizzati estratti, anche quelli che apparivano impeccabili, anche quelli che non creavano aloni neri alla radiografia, anche quelli di persone senza alcun problema apparentemente".

Oggi all'università viene insegnato agli studenti che la comprova che un dente sia infetto la si ottiene mettendolo a coltura e osservando i ceppi di batteri che appaiono. Questo è esattamente il metodo principale usato dal prof. Bouquot e gli altri autori che citiamo in seguito.

Con la devitalizzazione dei denti abbiamo creato una situazione particolarissima: ossi cavi cadaveri, con i loro microscopici tubuli e polpa dei canalicoli secondari, che offrono possibilità ineguagliabili di ospitalità agli organismi della putrefazione. E l'osso sotto il dente, vedremo, è esso stesso una trappola formidabile per materiale biologico terrificante.

Man mano che l'organismo organizza le sue difese intorno al dente devitalizzato coinvolto, la zona si autoperimetra con metaboliti infiammatori. Il nocciolo di materiale tossico viene così confinato e isolato dal resto del corpo.

Per quanto ancora non esca niente (né i microrganismi e neanche i loro metaboliti tossici), questa pallina è ipopolarizzata, cioè a 10 millivolt (invece dei 100 millivolt delle cellule normalmente funzionanti).

Murato con il cemento il foro apicale, i batteri non lo traversano, ma i suoi metaboliti si!

La putrefazione, la virulenza e la quantità di tossine interne del dente o del nocciolo tossico perimetrato a livello osseo sono del resto destinate ad aumentare nel tempo.

Non solo arriva il momento in cui parte attiva di questo focus diventano il periodonto (l'articolazione che fa da paraurti al dente) e l'osso, ma nei momenti di difficoltà di salute dell'organismo, persino certe piccole quantità di microrganismi, sono destinati ad uscire (il gradiente di resistenza tra nocciolo infetto e risorse del sistema di regolazione di base aumenta, dunque si aprono falle nella perimetrazione).

Con l'**EAV o Vega test** in primo luogo si può ottenere una misura della portata del fenomeno attivo: vengono contati il numero di fiale di osteitis, o dei vari tipi di batteri attivi nell'infezione dentale, che si deve poggiare nel pozzetto dell'apparecchio EAV per neutralizzare il segnale patologico. Miclavez ad esempio consiglia che il dente "campo di disturbo" deve essere estratto nel momento in cui sono necessarie tre o più fiale di "osteitis" per neutralizzare la caduta d'indice dell'apparecchio Vega.

A quel punto il nocciolo tossico comprende anche del tessuto osseo necrotico, luogo di colonizzazione e stazionamento da parte di batteri che, pleomorficamente, sono diventati anaerobici.

Più volte, come vedremo, è stata documentata in queste situazioni una scia di tossine che stava trasmigrando o al cervello, o al seno, o al cuore, etc...

Localmente, la putrefazione all'interno del dente (non essendo radiopaca) sfugge ai raggi X, e anche le osteiti, osteonecrosi e rarefazione nelle strutture dell'osso mandibolare, essendo tridimensionali, spesso sfuggono all'analisi bidimensionale (cioè l'ortopanoramica).

Weston Price era uno che non si arrendeva tanto facilmente (siamo negli anni Venti, si era già rapidamente affermata questa scienza delle cure canalari, chiamata "endodonzia"), e sospettò che una vecchia devitalizzazione da lui fatta (sebbene tecnicamente perfetta e senza segni locali di reazione o granulomi che si evidenziassero ai raggi X), potesse essere la causa dell'artrite totalmente invalidante (la paziente non poteva camminare già da sei anni). Tolse il dente e pianificò di impiantarli su un coniglio. I risultati confermarono i suoi sospetti: la donna guarì immediatamente e senza ricadute dalla grave condizione degenerativa e il coniglio si ammalò di artrite ed ebbe un declino dello stato di salute. Continuando le osservazioni in questa direzione egli scoprì che denti devitalizzati che non apparivano assolutamente infetti erano lo scrigno della malattia, estraendoli e impiantandoli sperimentalmente sottocute, la malattia del paziente veniva trasferita all'animale.

Come secondo traguardo Price, armato di microscopio e macchina fotografica, riuscì a documentare fotograficamente la localizzazione dei batteri. I tubuli dentinali sono così microscopici che, se consideriamo quelli di un dente frontale e li mettiamo uno dietro l'altro a formare un filo, si raggiungerebbe la lunghezza di cinque chilometri e mezzo. In quanto al loro volume, essi sono grandi abbastanza che in ogni centimetro (dei chilometri di tubuli dentinali) potranno viverci comodamente milioni di batteri.

Lin [1991] spiega che tutto "questo spazio e la polpa che fornisce un ottimo mezzo di coltura per i batteri costituiscono un terreno franco, dove non arrivano né le cellule del sistema immunitario né gli antibiotici".

Il prof. Price e il suo team di 60 batteriologi sfruttarono così i primi 1000 denti devitalizzati estratti: applicarono il miglior sforzo possibile per pulire fino in fondo tutto quello che era meccanicamente accessibile, dopodiché inserirono nei canali le soluzioni caustiche con più potere di uccidere batteri, e nel fare ciò si spinsero oltre tutti i limiti che potrebbero essere raggiunti se il dente fosse stato ancora su un essere umano vivente. E tenete presente che il dente ne rimaneva impregnato per 48 ore (mentre il dente del paziente odontoiatrico riceve soluzioni disinfettanti meno aggressive e per solo pochi minuti). E quale fu il risultato? I test batteriologici mostrarono che 990 denti su 1000 manifestavano ancora la presenza di temibili colture batteriche (che avevano vari effetti negativi sulle cavie esposte). Questo fu il terzo traguardo della ricerca di Price, ricavare colture batteriche dalla dentina di denti devitalizzati e dimostrare che avevano effetti negativi. **Solo se il dente devitalizzato veniva portato a 600°C in autoclave si raggiungeva l'obiettivo della sterilizzazione e non faceva ammalare il coniglio!** E' impossibile nella pratica odontoiatrica sterilizzare/mummificare questi denti visto che la dentina e i canalicoli secondari della camera pulpale sono irraggiungibili e le soluzioni sterilizzanti sono troppo blande rispetto al contenuto batteriologico che con il tempo tutti i denti devitalizzati sviluppano.

Essendo in grado di sterilizzare in autoclave qualsiasi dente devitalizzato estratto, Weston Price notò che, impiantato sottocutaneamente un dente sterile nei conigli, intorno all'oggetto sterile si formava una copertura simil-ciste, ma questi conigli continuavano a vivere senza comparsa di malattie o problemi, nelle stesse buone condizioni di salute e per lo stesso periodo di tempo dei loro fratellini non trattati (gruppo di controllo).

La questione cambiava del tutto quando ad essere impiantato sottocutaneamente era il dente devitalizzato non sterilizzato in autoclave.

Innanzitutto si formava una capsula fibrosa di un altro tipo, strettamente aderente al corpo infetto impiantato e molto diversa dalla sacca simil-cistica intorno ai corpi estranei sterili.

C'era un periodo di latenza senza reazioni, ma poi nel giro di qualche settimana il coniglio sviluppava delle malattie degenerative, a volte proprio quelle cui il dente devitalizzato aveva contribuito nella persona cui era stato estratto.

Man mano che l'infezione progrediva e la malattia peggiorava, il calcio ionico nel sangue si riduceva, anche fino a valori prossimi a zero in vicinanza di eventi fatali.

I valori di calcio dei conigli che avevano la capsula fibrosa intorno al dente tendevano a rimanere immutati per un tempo anche lungo.

Quando lo stato di vitalità di partenza di certi conigli era minore (perché erano stati previamente "vaccinati"), l'organismo non era in condizioni di produrre la capsula di contenimento dell'oggetto infetto, la reazione era semplicemente l'ascesso, cioè i tessuti circostanti si arricchivano di un liquido essudativo infiammato, con tutti i leucociti che di solito chiamiamo pus.

Non essendosi formata questa capsula fibrosa intorno all'oggetto o dente infetto, i conigli morivano in un periodo di tempo breve, perché vittime impotenti dell'ascesso. I valori di calcio ionico nel sangue iniziavano a scendere a picco da subito.

Un ricercatore indipendente, M.J. Rosenau [1932], di lì a qualche anno avrebbe dimostrato, con un articolo sul Journal of American Medical Association, che l'alveolo e la struttura ossea offrono molte più possibilità di contenimento, dunque allungando di molto la sequela causa-effetto nella cavia. Il paziente di riferimento soffriva di colite e Rosenau isolò tipo di batterio streptococco da una sua ulcera intestinale. Dopo varie indagini e quasi casualmente scoprì che la fonte primaria di questa infezione intestinale era un dente molare devitalizzato. Fu allora che il lavoro effettuato da Price suscitò molto interesse in lui. Colture prodotte a partire da questo dente estratto furono somministrate a dei conigli. In 72 ore gli animali sviluppavano generalmente sanguinamenti, coliti necrotizzanti che contenevano lo stesso ceppo di batteri del dente del paziente.

Usando questo stesso ceppo, Rosenau creò appositamente la situazione di infezione anaerobica nel dente devitalizzato di un cane. Con il risultato che dopo 16 mesi il cane sviluppava la colite ulcerosa.

Di altri ceppi di streptococchi derivanti dai denti devitalizzati di pazienti con altre malattie furono testati gli effetti quando usati per ricreare la situazione di infezione anaerobica nel dente devitalizzato in bocca (52 cani). Cani senza esposizione ai batteri dei denti devitalizzati furono usati come controllo. Tra il 47% e il 75% dei cani svilupparono le stesse malattie che avevano gli individui portatori dei denti da cui si ottenevano le colture batteriche. Le patologie prese in esame erano cistiti, ulcere allo stomaco, artriti, nefriti (malattie ai reni con formazione di calcoli), e varie malattie del sistema nervoso centrale e periferico.

Abbiamo scoperto che l'evoluzione del fenomeno nocivo sarà particolarmente lenta perché torno torno il dente devitalizzato viene organizzato un vero e proprio sistema di contenimento fisico, un incapsulamento, caratterizzato da una variazione di composizione minerale intorno al dente coinvolto (senza visibili reazioni locali).

Ma nel momento in cui l'organismo è debilitato, il focus dentale sarà perimetrato con meno efficienza e dunque più attivo. Quando l'organismo è in uno stato adeguato, le dosi di tossicità che si ritrovano a distanza sono nulle o minime, e l'effetto è semplicemente di chiamare in causa, in modo limitato e (per un po') irrilevante, il sistema di regolazione di base addetto al confinamento del nocciolo tossico interno (che può subire, anch'esso, una lenta ma inesorabile evoluzione).

Vale la pena di parlare di bomba ad orologeria con innesco doppio: prima sul sistema di regolazione di base, poi basse dosi croniche di tossicità (provenienti dal marciume interno) che raggiungono siti a distanza.

In confronto la pur lenta erosione delle croniche basse dosi di mercurio dentale potrebbe apparire come una moto che sfreccia sul circuito da gara.

Le guarigioni di pazienti cronici furono decine di migliaia, i denti devitalizzati estratti anche di più, e nella maggior parte dei casi Price e gli altri autori si limitavano a:

- caratterizzare e recuperare il microorganismo anaerobico coinvolto nella malattia cronica del paziente mettendo a coltura il dente devitalizzato estratto,
- evidenziare l'attività acuta di un'infezione mediante certi protocolli di esposizione di cavie a dosi di questi batteri o dei loro metaboliti (vediamo alcuni esempi ora).

da "Root canal coverup", di George Meinig (1993)

p.52, La coltura batterica derivante da un dente devitalizzato di un paziente con artrite, fu usata per esporre quattro conigli; in tutti e quattro i casi i conigli svilupparono reumatismo acuto, e in più due di essi ebbero problemi al fegato, una lesione alla cistifellea, una difficoltà intestinale e due svilupparono lesioni cerebrali.

p.52, Consideriamo ora un paziente con miosite (disturbo dei muscoli), nevrite e lombalgia: i tre conigli inoculati con la coltura batterica originata dal primo dente devitalizzato estratto svilupparono tutti e tre reumatismo, in più due svilupparono lesioni cardiache, una malattia polmonare, tutti e tre malattia epatica, un coinvolgimento della cistifellea, due coinvolgimento intestinale e due coinvolgimento renale.

Il paziente intanto era guarito con la rimozione del primo dente devitalizzato, ma ebbe un secondo dente devitalizzato estratto. Anche questo fu messo in coltura e inoculato in nuovi conigli. Questa volta nessuno degli animali sviluppò reumatismi, ma tre svilupparono una condizione acuta a carico del fegato e una lesione al cuore.

p.52, La coltura di un dente devitalizzato di un altro paziente con reumatismo acuto provocò nei 10 conigli inoculati i seguenti disturbi: problemi al cuore (in tre casi), problemi ai polmoni (in tre casi), problemi al fegato (in tre casi), problemi allo stomaco (in due casi), problemi ai reni (in quattro casi), reumatismo (in cinque casi), miosite (in uno). Evidentemente i conigli potevano sviluppare ognuno più di un problema.

p.53, L'inoculazione di materiale batterico estratto da denti devitalizzati di pazienti con problemi agli occhi causava un'elevata percentuale di problemi agli occhi (ma non solo). Un paziente aveva esoftalmo (occhi protrudenti) e accusava grave dolore per la rottura di vasi sanguigni. Dei 13 conigli inoculati con i batteri in coltura dal dente a lui estratto il 62% sviluppò coinvolgimento oculare, il 69% coinvolgimento intestinale e



lesioni al tratto digerente, e numerose altre condizioni apparvero in modo sparso con lesioni a carico di altri tessuti.

p.53, Consideriamo un paziente che soffriva di grave diarrea e doveva andare al bagno ogni 15 minuti: tutti i quattro conigli svilupparono diarrea. In un altro caso di condizioni digestive acute, tre dei conigli inoculati del materiale batterico ricavato dal dente ebbero essenzialmente coinvolgimento dello stomaco e intestino, uno della cistifellea e fegato. Dopo di ciò fu effettuato un altro step e cioè il materiale prodotto dalla coltura batterica fu passato attraverso un microfiltro Berkefeld che rimuoveva i batteri ma non le tossine dei batteri. I conigli esposti solo alle tossine dei batteri soffrivano praticamente ugualmente: dei nove conigli trattati, il 44% svilupparono problemi intestinali, il 67% problemi al fegato, il 33% problemi al cuore.

p.79, Passiamo ad un caso di flebite con disturbi del tratto gastrointestinale, del fegato e della cistifellea: il coniglio esposto alla coltura del dente devitalizzato estratto a questa donna soffrì di un disturbo acuto della cistifellea accompagnato da ulcere multiple e infezioni localizzate nelle pareti dei vasi sanguigni del coniglio. Il materiale batterico iniettato nell'orecchio di un altro coniglio causò il rigonfiamento dell'orecchio, che diventò fino a 20 volte più grosso dell'altro orecchio. La flebite dell'orecchio del coniglio era molto dolorosa.

p.122, La maggior parte delle condizioni ai reni si sviluppano silenti e senza che per lungo tempo vengano diagnosticate come dimostra il caso di una donna 41enne con reumatismo e condizione cardiaca per la quale una valutazione di routine delle urine mostrò coinvolgimento renale. Il dente devitalizzato che le fu tolto fu coltivato in coltura per 24 ore e un centrimetro cubo della soluzione fu iniettata ad un coniglio. Dopo 49 giorni il coniglio morì. L'autopsia mostrò l'ingrossamento dei reni e, al microscopio, necrosi dei tessuti e dilatazione dei tubuli glomerulari che produceva macroscopicamente delle cisti. La spossatezza, il reumatismo e la nefrite della donna erano scomparsi subito dopo la rimozione dei suoi due denti devitalizzati infetti, nel periodo di follow-up di tre anni la paziente fu in grado di fare lavori pesanti continuamente e non ebbe ricadute di sorta.

p.126, Vari mesi prima dell'estrazione di tre denti devitalizzati un paziente aveva accusato un doloroso rigonfiamento dei testicoli, che si pensò essere correlati con un coinvolgimento reumatico. Sia il reumatismo che il dolore testicolare furono di molto alleviati dall'estrazione dei denti infetti. In test su 100 conigli inoculati con la coltura batterica di questi denti devitalizzati solo pochi di essi svilupparono un coinvolgimento testicolare, più comunemente altre ghiandole o tessuti diventavano coinvolti.

Le prove cliniche (cioè le guarigioni solo con estrazione dei denti coinvolti) sono il perno di tutto il discorso. Anche le prove con impianto sottocutaneo eventualmente davano una prova rapida dell'attività "acuta" di microrganismi che (dall'altro lato, nel paziente guarito con l'estrazione) avevano cronicamente agito a basse dosi barricati nel sistema osseo pertinente ai denti.

Mi pare che Price ben sapeva (e ha sempre tenuto presente nell'interrogarsi con esperimenti) che, a seconda della modalità di somministrazione, gli organismi anaerobici incubati nei denti devitalizzati potevano causare tre tipi di dinamiche: (1.) acuta in organismi indeboliti; (2.) acuta in organismi resistenti; (3.) cronica a basse dosi (in organismi resistenti o in organismi indeboliti).

Le sperimentazioni di un tipo o dell'altro venivano effettuate man mano che era necessario valutare alcuni aspetti della vicenda. Per esempio un esperimento di Price fu quello in cui il dente impiantato sotto-cutaneamente era stato trattato in autoclave a varie temperature. Ne risultò che quando le condizioni in autoclave si avvicinavano a quelle necessarie per sterilizzare il dente in modo definitivo (cioè in modo che messo in condizioni di coltura risultasse sterile), allora gli effetti prodotti con l'impianto sottocutaneo si attenuavano, il coniglio viveva di più e il coinvolgimento a distanza dell'organo non era così tanto acuto.

Con i microrganismi coinvolti isolati, non ci si poteva certo mettere ogni volta a ricreare l'esperimento della devitalizzazione nella bocca di una cavia che, come abbiamo visto in 52 cani prima, dava risposte a distanza di un anno mezzo.

**un tossicolog tedesco se ne occupa**

Negli ultimi vent'anni di terapie dei pazienti cronici di ogni tipo che si sono presentati nel suo studio, la pratica clinica del tossicologo prof. Dr. Max Dauderer iniziava da una stessa domanda: "Posso dare un'occhiata all'ortopantomica?".

Puntualmente in questi pazienti cronici (che nessuno specialista aveva potuto aiutare) venivano identificate problematiche tossiche, infettive e di osteonecrosi nella bocca.

E puntualmente, ogni volta che il dentista veniva istruito dal tossicologo a bonificare quello che non andava, si dava a ciascun individuo una botta di salute in più. Molta, molta salute in più. Ovviamente l'entità del successo variava da caso a caso, ma era sempre là, anche se molte patologie "irreversibili" erano state vissute per decenni e decenni.

Dauderer ha senz'altro dimostrato che le problematiche oggetto delle sue attenzioni stavano svolgendo un ruolo primario nel decorso della malattia o disturbi degenerativi. Due pratiche odontoiatriche, l'amalgama e la devitalizzazione dei denti, giocavano un ruolo primario, e in questa carriera troviamo la sensibilizzazione a metalli di cui i tessuti adiacenti ai denti erano impregnati.

Si trattava cioè di pazienti debilitati che, andando a fare un test di proliferazione dei linfociti ai metalli, risultavano avere varie sensibilità. Molti di essi avevano già allontanato i materiali odontoiatrici metallici dalla loro bocca. Ma da tempo le analisi tossicologiche di biopsie orali avevano insegnato a Dauderer che denti, mascelle, nervo olfattivo, fino al cervello, sono impregnati di metalli (mercurio, palladio) e che in questi pazienti la sensibilizzazione ad orologeria aveva determinato la morte del dente e fenomeni gravi a carico dell'osso adiacente.

Dauderer nel suo percorso con oltre 10.000 pazienti ha senz'altro mostrato che le terapie ("allopatiche" o anche "di medicina funzionale") fallivano (e la malattia non si schiodava in nessun modo) se prima non veniva operata una precisa e completa terapia (bonifica) dei focus di pertinenza odontoiatrica: da metalli, osteonecrosi e infezioni anaerobiche.

Nei suoi scritti rende onore al padre e al nonno, medici, di conoscere già l'argomento dei focus dentali. Originariamente comunque Dauderer si era occupato di focus tossici sempre ossei, ma siti nelle gambe in cancrena di fumatori diabetici, che venivano catalogati di volta in volta, prima mediante lettura dei raggi X e poi mediante biopsia, come depositi metallici, focus osteomielitici o infezioni (siamo alla fine degli anni 60).

Dauderer insomma porta ai pazienti cronici (cui osserva la bocca) il bagaglio acquisito negli anni e fa sempre un quadruplice controllo; lo stato di intossicazione di cui è impregnato il paziente viene ricavato da: (1.) i raggi X dei mascellari; (2.) l'analisi tossicologica su denti e biopsie osteonecrotiche; (3.) lo stato di salute del paziente; (4.) eventuali altre immagini di reni, cuore, cervello (di volta in volta, l'organo colpito da patologia), dove per es. la risonanza magnetica scopre depositi metallici (che spariscono con la corretta bonifica odontoiatrica).

Trovatemi un altro medico che riesce a identificare "a vista" sui reperti il livello di intossicazione! Non a caso Dauderer è stato chiamato per diagnosi tossicologiche a Seveso o anche in India in occasione dell'incidente di Bophal.

Quando a qualche paziente scettico la sua lettura dell'ortopantomica sembrava una garanzia troppo bassa, Dauderer ordina una TAC, risonanza magnetica o scintigrafia, da cui anche il paziente ottiene evidenze molto più chiare dei focus.

Nella documentazione che egli ha lasciato nelle migliaia e migliaia di pagine dei suoi libri (<http://www.toxcenter.de/buecher>) il tossicologo ci racconta con le lastre innumerevoli battaglie contro malattie croniche degenerative.

- [www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/](http://www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/) (fig.88)

Paziente con Parkinson; il problema odontoiatrico: numerosi amalgami e palladio in contatto. L'estrazione dei denti e relativa bonifica chirurgica sull'osso ha portato alla guarigione di questo paziente! La vittima in questo caso era anche un operaio dell'industria chimica, la cui intossicazione professionale è dimostrata dal notevole grado di biancume dell'osso nell'arcata superiore e sui lati (indicati dalle frecce nere), che risultarono completamente inquinati anche quando, estratti i denti, sono stati valutati tossicologicamente.

Questo esempio chiarisce subito il fatto che qualsiasi fonte di tossicità può unirsi al livello di intossicazione già accumulato in un organismo. Il concetto centrale è che la malattia cronica è da considerarsi il momento in cui bisogna adoperarsi in modo serio per allontanare le fonti di tossicità.

Come tossicologo Dauderer ha familiarità con l'uso di chelanti, ma egli scopre che nessun rimedio chelante o drenante però può dare risultati se i focus osteitici e dentali, oltretutto i metalli odontoiatrici sono ancora presenti in bocca.

La scoperta di Dauderer dunque è questa: alleggerire la zavorra nella zona di pertinenza odontoiatrica, così violentemente compromessa dai tecnici della bocca (di un'odontoiatria che non ne vede conseguenze). Se un paziente cronico non fa questo si gioca le sue restanti chances di un percorso di guarigione.

La strategia di Dauderer, sinteticamente detta, è che l'innescò ad orologeria dei focus dentali è un punto di non ritorno della malattia degenerativa. Cioè il fatto che un organismo sia in difficoltà ci dice che il potenziale di saturazione tossica delle aree di pertinenza odontoiatrica ha raggiunto di certo il livello critico (e dobbiamo allontanare zavorra con il metodo Dauderer).

Queste bombe ad orologeria tanto più valgono a partire dai 35 anni in sù, eredità di metalli odontoiatrici, dello stile di vita, delle manipolazioni odontoiatriche, del polimetallismo odontoiatrico, dei denti devitalizzati, della sensibilizzazione ai metalli, dell'alimentazione farinacea e industriale.

In particolare nel paziente debilitato/intossicato puntualmente arriva il momento della sensibilizzazione ad amalgama, palladio, nichel, etc. in pazienti che hanno l'area mascellare completamente impregnata di questi metalli. Da cui conseguono i focus dentali e osteitici. Da cui segue l'irreversibilità della malattie croniche.

Nel materiale disponibile su [www.toxcenter.de](http://www.toxcenter.de) (in parte presentato di seguito), Dauderer spiega come la tossicità è partita dalla bocca ed è arrivata, di volta in volta, al cervello o altri organi in difficoltà, anche secondo la mappa dei meridiani cinesi.

Da tempo ossa che nel nostro corpo prendono nomi diversi hanno la caratteristica comune di funzionare come il deposito preferito per discariche di metalli. Le ossa sono inoltre in prima fila anche ad incamerare errori sistemici (nella forma di deterioramento qualitativo del tessuto). Ma le degenerazioni e i focus più temibili finiscono per formarsi nell'area della bocca: la zona ossea dei mascellari, anche per interventi di ogni tipo dell'odontoiatria, incassa e calamita su di sé zavorre e cicatrici come nessun'altra area ossea. E' qui che si formeranno i focus primari il cui legame, ad orologeria, con malattie e degenerazione cronica è dimostrato dalla casistica di Dauderer.

- [www.toxcenter.de/bilder/](http://www.toxcenter.de/bilder/) (fig.372)

Nel momento in cui si fa la TAC, Dauderer ha la conferma di gravi situazioni nell'osso che con i raggi X sono invisibili o comunque impercettibili.

Poveri mascellari: depositi di metalli e strangolamento cronico del sistema di irrorazione sanguigna dell'osso sono qui molto più comuni che in altre ossa!

Infezioni silenziose sono figlie di osteoporosi, metalli, sensibilizzazione ai metalli, cavitazioni, denti devitalizzati, presenza di denti non devitalizzati ma con vitalità nulla o minima, osteonecrosi.

Ad un certo punto della sua professione di tossicologo, a Dauderer capitò di osservare, alla risonanza magnetica, depositi di mercurio nel cervello in persone sopravvissute a tentativi di suicidio con il mercurio. Alla fine, come vedremo, Dauderer si specializzerà nel monitoraggio delle risonanze magnetiche del cervello in casi di mercurialismo.

Trovatemi un altro medico in grado di distinguere depositi di mercurio dalla risonanza magnetica del cervello. Evidentemente pochi tossicologi (persino nella baia di Minamata) devono aver continuato a monitorare negli anni le risonanze magnetiche di vittime di amalgama.

Nelle sue opere Dauderer riporta casi in cui i "depositi di mercurio" (nelle vittime di amalgama) scomparivano dopo l'allontanamento di denti compromessi e metalli (con bonifica chirurgica dei focus tossici individuati nei mascellari).

Vista l'elevata incidenza di reazioni avverse irreversibili al DMPS, ribadisco qui il monito di Dauderer: l'uso di chelante è proibito, perché pericoloso, se la bonifica mediante estrazioni e chirurgia in bocca non è stata portata a termine.

Prima di qualsiasi uso di DMPS o DMSA (chelanti), Dauderer ORDINA perentoriamente che siano stati rimossi denti devitalizzati, osteonecrosi e altri foci dentali. Con questo metodo, i foci cefalici visibili alla risonanza magnetica scompaiono anche senza uso di DMPS.

- [www.toxcenter.de/bilder/](http://www.toxcenter.de/bilder/) (fig.50)

mal di testa intrattabili sono guariti con l'estrazione dei denti devitalizzati 46 e 47. Biopsie della zona tratteggiata in nero hanno rivelato un elevato grado di intossicazione.

Dauderer scrive che in ogni caso di Alzheimer un ruolo fondamentale lo giocano i focus dentali e mascellari di pertinenza odontoiatrica. Con la loro corretta bonifica molti casi di Alzheimer guariscono. Negli altri i risultati sono minimi perché si è arrivati tardi a comprenderne il metodo Dauderer.

I pazienti di Dauderer con schizofrenia, epilessia, sclerosi multipla, emicranie, etc. etc., hanno una simile presentazione, cioè con l'intossicazione del mascellare superiore e "focus cefalici" evidenziabili alla Risonanza Magnetica.

Visto che sdentare una persona è una decisione grossa, si va per gradi di solito, per vedere se ci si può fermare prima:

- la rimozione protetta dell'amalgama
- la rimozione dei denti "compromessi", con opportuna fresatura dei siti ossei coinvolti da infezione, osteomielite o depositi metallici (cioè, se con la sola rimozione dell'amalgama i disturbi e i focus non sono ancora scomparsi, Dauderer ottiene il consenso del paziente per procedere all'estrazione dei denti compromessi e coinvolti nella patologia cronica);
- infine, per guarire i casi più compromessi, si rende necessaria l'estrazione di tutti i denti (questo nei pazienti con arcata mascellare completamente intossicata, caso in cui Dauderer afferma che solo sdentando con accorti protocolli il paziente si ottiene un buon successo clinico e la remissione delle anomalie della risonanza magnetica).
- dopo tutto questo, viene eventualmente la chelazione con DMPS (inalato). L'uso di DMPS, cui Dauderer ricorre in alcuni casi come step finale per rinforzare la guarigione, è assolutamente proibito (in quanto pericoloso) se prima non sono stati allontanati i focus di pertinenza odontoiatrica (e il paziente deve stare piuttosto bene). Se la terapia chelante con DMPS (inalato) viene fatta prima dell'estrazione dei denti devitalizzati e dei metalli nella bocca, può portare nella maggior parte dei casi ad effetti collaterali irreversibili. E di certo è inutile. Cioè per chi non ha eradicato infezioni mascellari e metalli, innumerevoli sedute e trattamenti con DMPS comunemente non apportano vantaggi in termini di salute o disintossicazione (questo scrive Dauderer).

Infine una parola di Dauderer sulla **prevenzione**: **"Nulla è all'incirca così efficace nell'effetto come lo è non essere mai stato esposto alle tossine"**. Scusate la mia traduzione incerta, l'originale è. "Nichts ist annähernd so wirkungsvoll wie die Vermeidung der Gifte" (in: "Atlas der Giftherde", pg.30, Speichergifte).

Volendo essere sintetici, Dauderer ha visto nella sua casistica clinica persone che sono state trattate anche con la medicina "alternativa" per anni, senza che l'operatore sapesse dei focus dentali e potesse spiegare gli insuccessi dei vari trattamenti proposti. Per Dauderer è un peccato mortale ignorare la presenza di denti devitalizzati, metalli nei denti o nell'osso, osteonecrosi mascellari, etc. Ed è un peccato ulteriore far spendere soldi in drenaggi anche naturali che (fatti prima delle bonifiche dentali complete) sono spese inutili (e in qualche caso pretendono troppo drenaggio da un organismo bloccato).

Dauderer perciò, a parte il suo protocollo, grazie anche ai riscontri clinici, elegge a terapia unica permessa il "fare attenzione alla propria alimentazione": comprare biologico, scegliere la semplicità e alimenti cui rimangano le vitamine e i nutrienti vitali, individuare le proprie intolleranze alimentari.

Dauderer: "Se le persone, scegliendo il loro cibo, ponessero l'attenzione principale sulla qualità, invece che su "quanto si può risparmiare", avrebbero una salute di molto migliore. ("Atlas der Giftherde", pg.32, Speichergifte: "Wenn die Menschen mehr auf das "Was" ihrer Nahrung, Anstelle des, "wie teuer" achten würden, wären sie sehr viel gesünder").

- [www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/](http://www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/) (fig.220)

oligospermia (infertilità) resistente alla rimozione dell'amalgama. Per la guarigione dovettero essere estratti i denti indicati, che risultavano con elevati livelli di mercurio.

- [www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/](http://www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/) (fig.221)

dopo la rimozione dell'amalgama spariscono cisti ovariche e sballati valori ormonali. Dopodiché, grazie all'estrazione dei denti 14 e 24, si ottiene la normalizzazione delle mestruazioni e la risoluzione dei dolori mestruali.

- [www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/](http://www.toxcenter.de/atlas-der-giftherde/) (fig.45)

il morbo di Bechterew scompare in questo paziente dopo la bonifica dentale: via i metalli, via i denti devitalizzati (12,13, 21, 23, 24, 33), via anche il 16 e il 18.

(Il documento completo è “lastre Daunderer.doc” che contiene un centinaio di ortopantomiche : foto e commenti tradotti da [www.toxcenter.de](http://www.toxcenter.de) )

### **tumori, fibromi, cisti**

"Nella nostra ricerca dell'origine della patologia cancerosa", scrive il dr Swilling, della Genesis Clinic in Tijuana (Messico), "i casi clinici da noi seguiti hanno evidenziato che le tossine di certi molari devitalizzati trovano la strada fino alla ghiandola mammaria. Dall'infezione locata nel dente devitalizzato si origina un percorso infiammatorio che nutrirà lo sviluppo di tumori al seno". Segnalazioni in tal senso le abbiamo già viste nell'introduzione da Issels, Warren, Diamond.

Il dr. Swilling conclude: "Quando i denti devitalizzati coinvolti vengono rimossi, ciò ripristina le condizioni di salute del meridiano di agopuntura associato ad essi, e il tumore inizia a dissolversi o diventa benigno".

Huggins [1999] anch'egli descrive questa correlazione:

"Una donna un paio di anni prima aveva avuto un tumore al seno trattato con chirurgia e radiazioni. Era stata un'esperienza particolarmente sgradevole per cui quando iniziò un dolore all'altro seno non molto tempo dopo, non lo disse al suo medico per non avviare la solita trafila ospedaliera, ma si rivolse al nostro team per la bonifica dei campi di disturbo della bocca. Un dente fu estratto e si scoprì alla radice una grossa sacca di infezione che era risultata assolutamente invisibile ai raggi X. Non c'era stato nemmeno fastidio o dolore al dente. Due minuti dall'estrazione del dente il dolore al seno era scomparso! Nei due anni di follow-up ancora non c'erano state ricadute di dolore al seno".

Gammal [2003]: "Ho perso il conto di quante pazienti mi hanno riferito che le cisti al seno che avevano scomparivano entro poche settimane da quando avevamo estratto denti devitalizzati in corrispondenza del meridiano del seno".

Due casi di tumore vengono presentati da Miclavez ["Odontoiatria Naturale", 1998]:

"Giovanna D., carcinoma non Hodgkin, risentimento linfonodale al collo sinistro. Le furono dati 3 mesi di vita. Estratti il 26 ed il 36 già alla prima seduta, vista la gravità e urgenza. Con un collega venne seguita la parte medica con supporto disintossicante e nutrizionale. 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 neurale con procaina: zona apicale 27, nessun risultato; zona apicale 37, nessun risultato; zona apicale 24, Giovanna saliva le scale ridendo, senza dolore. Tolto il 24, che pur era parzialmente vitale, il ginocchio non le fece mai più male".

"Giuseppe I.: un simpatico signore di 86 anni, papà di un mio amico, che da una settimana non evacuava più le feci. Portato d'urgenza in ospedale, fu diagnosticato un tumore ostruente del retto, terminale. Venne prenotato per l'intervento chirurgico urgente. Il figlio disperato mi chiese di fare qualcosa. Alla visita intraorale, le gengive erano rigonfie ed 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 ed una serie di clisteri con olio e con tubicino sottilissimo, il signor 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".

Cito anche alcuni esempi riportati dalla d.ssa Hulda Clark e corredati di ortopantomica nel libro "La Cura di tutti i Cancri Avanzati", Macro Edizioni, p.72):

"Il quinto dente dell'arcata superiore sinistra presenta verso l'alto un'addensamento bianco (L) che emerge dalla punta della radice, come se ci fosse uno sciame di moscerini: si tratta di un'infezione, i batteri si stanno dirigendo verso il cervello; è così che in questo organo insorgono i tumori. Cercare di salvare un dente del genere sarebbe un grave errore, anche se «ha un bell'aspetto e non dava problemi».

"(..) questa seconda panoramica, sebbene di qualità scadente, mostra un'ampia cavitazione in alto a destra. Uno o due denti, estratti in quel punto molto tempo addietro, hanno lasciato un addensamento bianco (cioè con infezione),

lungo i bordi. Una pulizia profonda permetterà al materiale osseo di riempire nuovamente la cavità e metterà fine ai disturbi cronici di cui soffre questo paziente”.

“(..) i test effettuati con il sincrometro su quest'altra paziente hanno rilevato che i batteri presenti nel dente solitario dell'arcata superiore sinistra, stafilococco e clostridia, stavano entrambi spostandosi in direzione del petto. Lo stafilococco stava producendo i fattori di crescita e il clostridio era impegnato a trasformare l'RNA in DNA, per stimolare la formazione del tumore in quel punto”.

Il dentista solleva una protesi, e constata che il dente dà un terribile odore di marcio; ignaro, però, il tecnico della bocca si lancia nel rifacimento della cura canalare. Le possibili terribili conseguenze di ciò sono riportate da due persone che si sono rivolte alla nostra associazione A.D.O.M. di Salerno:

34enne, ha fatto la rimozione dell'amalgama ed ha ottenuto una remissione da grave malattia cronica infiammatoria intestinale. Quando mi rifaccio vivo con lei è per chiederle se ha denti devitalizzati. Apprendo che quando il dentista olistico le tolse un ponte palladiato (per sostituirlo con materiali biocompatibili), uno dei due denti devitalizzati su cui reggeva il ponte **dava un odore di marciume enorme. Il dentista RIFA' le cure canalari di quel dente e chiude la questione con un provvisorio. Improvvisamente una ciste al seno diventa un tumore maligno enorme e viene operata chirurgicamente. Proprio pochi mesi dopo arriva la mia telefonata, le spiego che quel dente morto è ancora marcio e le invio questo documento.**

37enne, ben informatasi sul protocollo di rimozione protetta, va da un dentista che in effetti le dà il massimo di garanzie sul suo impegno: disincastonatura, maschera, clean-up, etc. Durante la bonifica il dentista però non prende in considerazione l'estrazione di nessuno dei vari denti devitalizzati: rifà varie cure canalari e cerca di recuperare un dente devitalizzato particolarmente mal messo. Quest'ultimo nel giro di un anno fa un ascesso e alla fine deve essere tolto. Quando sento questa storia è perché la donna ha avuto un tumore maligno al seno.

La paziente, nonostante una dieta attenta e ferrea, aveva avuto difficoltà per tutto il periodo delle rimozioni protette dell'amalgama. Il ché è sempre un sintomo della zavorra di qualche dente da estrarre che paralizza il sistema di regolazione di base. Se io o la donna avessimo avuto a quel tempo più informazioni avremmo potuto sospettare per tempo il coinvolgimento dei vari denti devitalizzati, che invece furono rifatti con nuove cure canalari dal dentista anche lui ignaro.

La mammella contrae relazioni col 4° e 5° inferiori e col 6° e 7° superiori.

Scrive Miclavez: “Un focus odontogeno può indurre, omolateralmente, l'insorgenza di noduli mammari. Per i noduli di vecchia data è necessario il trattamento odontogeno per evitare la degenerazione maligna, quando si aggiungano altri stimoli patogeni”.

E' ben nota nella letteratura medica (vedi rassegna nel cap.3) la capacità dei batteri sviluppati nei denti devitalizzati di produrre cisti a distanza.

Stortebecker riporta casi di tumori alla tiroide, gliomi, tumori a stomaco e colon, e mostra come siano correlati alle tossine batteriche che rimangono intrappolate in questa dinamica tra l'osso e il dente.

Stortebecker P., “Microorganisms and chronic infections as a cause of cancer”, Stockholm: Natur och Kultur 1978, pp264, ISBN 91-27-00904-1;

Stortebecker P., “Chronic dental infections in etiology of glioblastomas”, abstr 8<sup>th</sup> Int. Congr. Neuropathology, Washington DC, sett. 1978, Journal Neuropath. Exp. Neurol. 1978, 37(5): 695

Stortebecker P., “Metastatic tumors of the brain from a neurosurgical point of view. A follow-up study of 158 cases”, J. Neurosurg 1954, 11: 84-111

Stortebecker P., “How to prevent cancer of stomach and colon. Small microbes are big producers of carcinogens”, Stockholm: Stortebecker Foundation for Research, 1981, pp.72, ISBN: 91-86034-01-4

Ecco la testimonianza diretta di una paziente del dr. Gammal (dal DVD “bara coi denti”):

“La storia inizia quando avevo 14 anni. Ebbi un ascesso, che era sulla parte superiore della bocca. Perciò andai dal dentista, che scoprì che uno dei miei denti frontali era morto, quindi bisognava fargli una terapia canalare. Iniziai a prendere gli antibiotici per sedare l'ascesso e mi fu fatta la terapia canalare. E tutto sembrava andare bene per un po' ... Stavo bene, tutto normale. Fu circa cinque anni dopo, avevo 19 anni, che le cose iniziarono a cambiare. Le mie mestruazioni smisero, andai allora dal medico, che mi disse: «non c'è da preoccuparsi, capita, si sistemerà la cosa, vedrai». Dopo 6 mesi ancora mi dicevano che non c'era da preoccuparsi, alla fine si poteva fare però un'analisi del sangue. Così facemmo i test e scoprimmo che avevo livelli davvero elevati della prolattina, cioè l'ormone prodotto dalla

ghiandola pituitaria. Mi dissero allora: «Se facciamo una TAC e una Risonanza Magnetica potremmo vedere come sta la ghiandola pituitaria». Dunque me li fecero e si scoprì che avevo un tumore alla pituitaria. Considerate che la ghiandola pituitaria è grande 10 mm., e il suo tumore era grande 12 mm. MACRO PROLATTINOMA è il nome giusto per quello che avevo. Ci si poteva senz'altro allarmare... Venni a Sydney, vidi un neurochirurgo e un endocrinologo, cioè lo specialista di ormoni. Mi diedero due opzioni: la prima, mi sottoponevo a chirurgia per la rimozione del tumore. E non ce n'erano di garanzie; dicevano che poteva crescere di nuovo, anche dopo la prima asportazione. Oppure si doveva rimuovere l'intera ghiandola pituitaria se era lì dentro che stava già crescendo il tumore. Quindi non potevamo decidere niente prima che aprissero e vedessero come stavano le cose. Non volevo fare ciò. La seconda opzione implicava di prendere farmaci per il resto della mia vita. Avrei preso la strada di un farmaco chiamato Dostinex e dicevano che non davano garanzie nemmeno con quello, cioè non si sapeva per certo se il farmaco avrebbe funzionato, a volte funziona, a volte no. E c'erano per di più tantissimi effetti secondari per chi prende quel farmaco; i più comuni effetti includono depressione, nausea e le cose più diverse. Ovviamente non mi piaceva nemmeno questa opzione. Per cui ero indecisa davvero sul da farsi. Entrambe le opzioni non mi piacevano molto. Pensandoci su, decisi di non fare né l'una né l'altra. Decisi che mi sarei presa un anno tentando un paio di alternative nella speranza che potessero funzionare altrimenti sarei tornata alle prime due opzioni e le avrei prese in considerazione. Conobbi Kate, che mi fece un check up generale, e tutto sembrava normale. Tranne i livelli di prolattina che erano ancora molto elevati erano dieci volte i valori normali. Cioè era altissimo. Decisi di iniziare con il bere succo di erba di grano, avevo letto un po' di cose sulle ottime proprietà di questo succo, e che poteva aiutare in varie cose pazienti con tumori. La crescevamo noi in casa l'erba di grano, per poi ridurla a succo e prenderne tutti i giorni l'erba di grano poteva forse trattare i sintomi, non allontanava di certo la causa. Ed eccomi allora che vengo da voi, mi estraete il dente devitalizzato. Avevo venti anni quando lo estraemmo. Non ci veniva in mente nessun'altra CAUSA del tumore, a parte il dente. Ero sempre stata in eccellente salute, facevo sport, la mia dieta era diligente; e non c'era veramente niente, a parte il dente, che poteva aver causato il tumore. Quindi estraemmo il dente, e tre mesi dopo vado a fare le analisi del sangue, e risultano NORMALI. Eravamo davvero shockati. Ma ci proponemmo di non eccitarci troppo aspettando che avessimo i risultati radiologici. La Risonanza Magnetica fu anch'essa presa tre mesi dopo aver estratto il dente, e quando mi diedero i risultati mi dissero che il tumore non c'era più. Avevo una ghiandola pituitaria sana ora. Ero shockata, e sorpresa, e non potevo capire... Tanto shockata. Non c'erano altre spiegazioni possibili sul fatto che il tumore fosse scomparso se non quella dell'estrazione del dente devitalizzato. Non c'era nessuna altra terapia. Non presi alcuna medicina. La sola cosa che ho fatto è la rimozione di quel dente, e prendevo l'erba di grano, e questo è tutto. Tornai dallo specialista e fu uno shock anche per lui. Non mi chiese perché, come, cosa era successo, niente. Mi disse: «La cosa è strana», ma non voleva davvero saperne di più, il ché mi suona un po' triste. L'erba di grano stava forse tenendo a bada i sintomi, ma è stato dopo l'estrazione del dente devitalizzato che la causa era stata allontanata. Ecco perché il tumore è scomparso di colpo. E' così strano però pensare come la mia vita avrebbe potuto essere. Se non avessi estratto quel dente sarebbe stata necessaria la chirurgia un giorno avrebbero reclamato l'asportazione dell'intera ghiandola. Da cui sarei stata costretta a prendere ogni giorno del resto della vita le pillole di sostituzione ormonale. Uno di questi farmaci è il Dostinex, che ha terribili effetti secondari, inclusi depressione e nausea. Ogni giorno, per il resto della mia vita... E neanche c'erano certezze con quello: si poteva ipotizzare che avrebbe ridotto il tumore, ma non si sapeva che tipo di tumore c'era. Quindi sarebbero andati per tentativi, perché altre opzioni non ci sono. Non lo sanno quali sono le cause di questi tipi di tumori. Sembra che sono molto comuni, una persona su dieci ne ha, ma la maggior parte delle persone vive la sua vita senza saperlo, la maggior parte delle volte questi non crescono abbastanza grandi perché le persone abbiano i sintomi correlati. E le mie analisi del sangue sono normali tutt'oggi. Le ho fatte regolarmente e tutto è sempre risultato di nuovo normale. Meglio di così.. Già, di nuovo normale”.

Anche Huggins, intervenuto al seminario della Cancer Control Society nel 1993, riferisce di una correlazione dei denti devitalizzati anche con i tumori al cervello: “Una 26enne era già alla terza ricaduta con metastasi al cervello. Aveva tre siti della testa coinvolti e tre denti devitalizzati. La prognosi è che le restavano da tre a sei mesi da vivere. Questo era sei anni fa, quando le abbiamo tolto i denti devitalizzati. Oggi è in vita, la risonanza magnetica dimostra che i tumori sono scomparsi e lei ha recuperato uno stato di buona salute e senza ricadute” (Tape 93F014. Cancer Control Society, 2043 N. Berendo St, LA, CA 90027. Ph: 213 663 7801).

### **tossicità verso il sistema venoso craniale**

Il coinvolgimento del dente devitalizzato è mediato, come ora sappiamo, da tutto un sistema di contenimento (alveolo + mandibola) per cui diventa una situazione di tossicità cronica a basse dosi.

All'esterno del dente devitalizzato si osserva un'infiammazione tutt'intorno che cresce nel tempo verso i tessuti adiacenti. I batteri in prima persona saranno pure immobilizzati e in lungo semi-letargo all'interno di quest'osso cavo

morto e relativa capsula di contenimento, ma le tossine (tuoeteri) che producono nel loro metabolismo anaerobico, fuoriescono e creano uno spessore di infiammazione che a sua volta l'osso cerca di perimetrare.

A questo punto alcune aliquote di risorse del sistema immunitario sono occupate: nel mantenere alto lo schermo perimetrale intorno al dente che è un po' marcio dentro; nel dover sopportare l'infiammazione cronica dei tessuti adiacenti al dente; nel dover sopportare le minime quantità di tossine prodotte dai batteri che raggiungono il sistema venoso craniale e altri tessuti a distanza dell'organismo; sfuggono dalla perimetrazione di tale discariche, in particolare in momenti di difficoltà contingente di un organismo, anche minime quantità dei batteri stessi.

La Stortebecker Foundation, in Svezia, si è occupata a lungo della tossicità che, originatasi o raccoltasi nella zona subdentale, si diffonde nel sistema venoso craniale. Il ricercatore svedese, prof. dr. Patrick Stortebecker, iniettando (1 giorno post-mortem) una soluzione con mezzo di contrasto nella camera polpare radicolare di un canino 13 (arcata inferiore sinistra) dimostra **la sua diffusione nel sistema craniale venoso**; se l'iniezione è fatta nella mandibola, anche qui si verifica alla radiografia la diffusione nel sistema venoso craniale. Stortebecker e vari altri autori fanno tutta una serie di questi esperimenti.

Viene dimostrato, in estrema sintesi, che il sistema venoso cranio-vertebrale offre una comunicazione diretta tra odontone (dente + alveolo) da una parte (dove avevamo lasciato un nocciolo tossico più o meno perimetrato) e cavità cranio-sacrale dall'altra parte, e di lì una comunicazione con buona parte del resto dell'organismo.

Di questo tipo di diffusione di tossine batteriche da radici dentali e osso mandibolare si sono occupati anche altri autori. Questi studi furono effettuati tra il 1954 e il 1982 dal radiologo e chirurgo maxillo-facciale Sune Ericson, e dal radiologo John Molin e il chirurgo Birger Nenzen. Telegina dal 1966 al 1971 ha riportato ulteriori conferme lavorando nei laboratori del Polenov Institute di Neurochirurgia di Leningrado, così come Batson [1940, 1942 e 1957] e Anderson [1951]. La maggior parte degli studi furono fatti su animali vivi o su cadaveri umani, ma Schobingen [1957] effettuò uno studio di diffusione anche su malati oncologici. Altri esperimenti di diffusione sono di Furstman [1975], Arvidsson [1975] e Gobel [1981].

Tossicità che diffondono mediante il sistema venoso craniale, in quanto questo funge da rifornimento sanguigno di cervello, midollo osseo, sistema cranio-vertebrale, sistema nervoso centrale e periferico, possono spiegare la tossicità di malattie le più varie. Per esempio: **mal di testa** di vario tipo, frequentemente nella clinica risultano essere il risultato della diffusione di ogni tipo di composto tossico che si insedia in un dente, amalgama inclusa, ma soprattutto infezioni dentali e osteiti; **tiroide**: una diffusione di tossine batteriche da focolai infettivi nella mandibola e radici dentali deve essere presa in considerazione in casi di tiroidite e cancro alla tiroide, come evidenziato dalla diffusione verso la parte anteriore del collo e nella regione della tiroide e da studi clinici dello stesso Stortebecker; **sclerosi multipla**: una delle prime e più importanti domande sulla sclerosi multipla per chi indaga sulla sua eziologia dovrebbe essere: "Come mai queste placche disseminate dal cervello fino al midollo spinale hanno tutte la caratteristica di essere localizzate intorno ad una vena?". E' possibile dimostrare che la noxa patogena proviene da siti primari che si affacciano su questo enorme bacino, per es. le radici dentali, i denti infetti e le osteiti peri-apicali e ossee.

Segnalo alcune delle pubblicazioni disponibili presso la Stortebecker Foundation for Research (Akerbyvagen 282, S 18335 Taby/ Stockholm, SWEDEN) :

Stortebecker P., "Toll versus prevention of unnecessary diseases", Stockholm: Stortebecker Foundation for Research, 1980, pp.99, ISBN: 91-86034-00-6

Stortebecker P., "Dental infections as a cause of Nervous disorders. Epilpsy – Schizophrenia – Multiple Sclerosis – Brain Cancer. Additional notes on Myasthenia gravis – High blood pressure", Stockholm: Stortebecker Foundation for Research, 1982; pp235, ISBN 91-86034-03-0)

Stortebecker P., "Mercury poisoning from dental amalgam. A hazard to human brain", Stockholm: Stortebecker Foundation for Research, 1986; pp235, ISBN 0-941011-01-1

Stortebecker è anche autore dei seguenti articoli: (1.) Stortebecker P., "Dental infectious foci and disease of nervous system. Spread of microorganisms and their products from dental infectious foci along direct cranial venous pathways eliciting a toxic-infectious encephalopathy", Acta Psych Neurol. Scand, 1961; 36: suppl 157, pp.62 ; (2.) Stortebecker P., "The cranial venous system filled from the pulp of a tooth", Proceed 3rd Int. Congr. Neurological Surgery, Copenhagen, Aug 1965, p.635-636 ; (3.) Stortebecker P., "Dental significance of pathways for dissemination from infectious foci", J. Canad Dent. Assoc. 1967, 33: 301-311 ; (4.) Stortebecker P., "Motor Neuron Disorder. Deficiency of arterial blood supply to spinal cord and brain stem", Stockholm: Stortebecker Foundation for Research, 1983, pp.166

Stortebecker mostra che queste noxae patogene trasmigrano a distanza, ma spesso hanno effetti in siti relativamente vicini, in particolare nei fenomeni patologici a carico del trigemino ("principio della distanza minima").



Le tossine delle infezioni di basso grado di origine dentale trovano un varco e si incamminano lungo i nervi del trigemino. Questa osservazione purtroppo trova conferma in migliaia e migliaia di casi di sofferenze indicibili, classificati come “casi di nevralgia del trigemino”, in cui la correlazione causale con denti infetti, devitalizzati, osteonecrosi (o cavitazioni) è stata dimostrata da referti clinici e dalla guarigione post-bonifica. Uno di questi casi è riportato da Perna e Liguori (Journal of Neurosurgery, 1981, vol.54, p.553-555):

“25enne che soffriva da due anni di nevralgia del trigemino, dolori episodici dal lato destro del viso, dove iniziò a svilupparsi anche analgesia. L'esame angiografico una pneumoencefalografia evidenziarono un allargamento del forame ovale destro con distruzione ossea della base del cranio a partire da una massa non-vascolarizzata. Del diametro di 2-3 centimetri questa massa fu trovata nell'intervento neurochirurgico e aveva invaso il ganglio trigeminale. L'esame istologico rilevò un intenso processo infiammatorio oltre che una contaminazione fungina da Actinomiceti (marciume). Il sito primario di questa infezione da Actinomiceti fu trovato essere un'osteite periapicale del molare ipsilaterale, con granuloma che anch'esso era sfuggito all'esame radiologico. Il dente estratto messo a coltura produsse appunto questo ceppo di Actinomiceti”.

Bouquot documenta alcune migliaia di casi in cui le nevralgie possono essere messe in relazione causale con i denti devitalizzati, estraendo i quali i pazienti guariscono da queste condizioni croniche molto gravi.

Scrivendo Bouquot: “La nevralgia del trigemino e molte altre patologie nevralgiche della testa hanno avuto essenzialmente cause ignote fino a poco tempo fa. La scoperta recente è che un'elevata percentuale di queste condizioni sembra che siano causate dalle infezioni dell'osso (osteiti e cavitazioni). La percentuale di guarigioni che si ottengono con la loro bonifica è imponente”.

Ratner [1976, 1979 e 1986] descrive vari tipi di mal di testa e di dolori nevralgici che si irradiano a seconda di quale sito dentale devitalizzato sia affetto da osteite.

Un buon numero di ricercatori hanno documentato proprio questo aspetto della vicenda, le “osteonecrosi cavitazionali inducenti nevralgie” (le iniziali in inglese formano la sigla “NICO”):

Aitasalo K, "Un protocollo modificato per il trattamento precoce di osteomieliti e osteonecrosi della mandibola", Head Neck 1998 Aug;20(5):411-7

Bamberger DM., "Osteomyeliti. Un approccio di routine e terapia antibiotica e chirurgica", Postgrad Med 1993 Oct;94(5):177-82, 184

Bouquot JE, "NICO (Neuralgia-Inducing Cavitation Osteonecrosis): osteomielite in 224 campioni di osso mandibolare di pazienti con nevralgie facciali", Oral Surg. 73: 307-319, 1992

Bouquot JE, "NICO (Neuralgia-Inducing Cavitation Osteonecrosis): riscontri radiografici dell'invisibile osteomielite", Oral Surg 74: 600, 1992

Bouquot JE, "Altri commenti su osteonecrosi cavitazionali inducenti nevralgie", Oral Surg. 74: 348-350, 1992

Brook I, "Microbiologia e gestione di infezioni facciali profonde e sindrome di Lemierre", J. for Oto-Rhino-Laryngology 2003, Vol. 65, No. 2

Demeath RR, Sist T, "Trattamento di lesioni osteocavitazionali in pazienti con dolori facciali: risultati preliminari", J. Dent Res (abstr. 1982) v.61, p. 218

Devor M, "La patofisiologia ed anatomia del nervo danneggiato" in: Wall PD, Melzak R (editors): Textbook of pain, New York, Churchill Livingstone, 1984, pp.49-64

DuPont JD., "Siti di estrazioni non guariti riproducono i dolori TMJ", Gen Dent 2000 Jan-Feb;48(1):82-5

Fromm GH, "Nevralgia trigeminale; attuali concetti relativi a eziologia e patogenesi", Arch Neurol 41: 11204-1207, 1984

Grecko VE, "Nevralgia trigeminale odontogenica", Nevropathol Psikhiatr, 84 (11): 1655-1658, 1984

Karol EA, "Avanzamenti tecnologici nella gestione chirurgica della nevralgia del trigemino", Cr. Reviews in Neurosurgery, 1999 Mar 24;9(2):70-78

Mathis BJ, "Cavità dell'osso mascellare associate a sindromi con dolore facciale: rassegna di casi clinici", Milit. Med. 146: 719-723, 1981

McMahon RE, "Anestesia diagnostica per dolori trigeminali, parte I & II", Compendium cont Educ dent 11: 870-881, 980-997, 1992

McMahon R, "Elevate concentrazioni nel sangue di anticorpi dei nervi periferici della mielina in pazienti con dolore facciale atipico causato da NICO (osteonecrosi cavitazionali inducenti nevralgie)", J. Orofacial Pain 8: 104, 1994

Ono K, "Simposio: recenti progressi nelle necrosi avascolari", Clin Orthopaedics Related Red 277: 2-138, 1992

Phemister DB, "Cura dell'osso in presenza di necrosi asettiche che derivano da fratture, impianti e ostruzione vascolare", Jaw Bone Joint Surg. 12:769-778, 1930

Raskin NH, Headache, 2nd ed. New York, Churchill Livingstone, 1988

Roberts AM, "Ulteriori osservazioni sui parametri dentali di nevralgia trigeminali e facciali atipiche", Oral Surgery 58:121-129, 1984

- Ratner EJ, "Patologia orale e nevralgia trigeminale. I. Esperienze cliniche", J. Dent Res (abstr. 1976) v.55, p.299
- Ratner EJ, "Cavità dell'osso mascellare e nevralgie trigeminali e facciali atipiche", Oral Surg 48: 3-20, 1979
- Ratner EJ, "Osteopatosi cavitazionale alveolare: manifestazioni di un processo infettivo e sue implicazioni nella eziologia di dolore cronico", J. Periodontol 57: 593-603, 1986
- Roberts AM, "Eziologia e trattamento di nevralgie idiopatiche trigeminali e facciali atipiche", Oral Surg 48: 298-308, 1979
- Shaber EP, "Nevralgia trigeminale: un nuovo concetto terapeutico", Oral Surg. 49: 298-293, 1980
- Shklar G, "Patologia orale e nevralgia trigeminale. II. Osservazioni istopatologiche", J. Dent Res (abstr. 1976) v.55, p. 299 (b)
- Shankland WE 2nd., "Lesioni osteocavitazioni ali (cavità ossee di Ratner): frequentemente scambiate come nevralgia del trigemino—casi clinici", Cranio 1993 Jul;11(3):232-6; discussion 235-6
- Socransky SS, "Patologia orale e nevralgia trigeminale. III. Esame microbiologico", J Dent Res (abstr. 1976) v.55, p. 299
- Tomeo C, "Complicazioni delle estrazioni di routine: osteomieliti", N Y State Dent J 1981 Aug-Sep;47(7):399-402
- Wang M, Xiwei J, Quigrong I, Sanyou Z, "Uno studio della correlazione tra varie zone scatenanti di nevralgia trigeminale idiopatica e cavità dell'osso mandibolare", Acta Acad Med Sichuan 13 (2): 233-238, 1982

### focus e osteonecrosi mascellari

Il corso della storia ci narra di infezioni croniche silenziose, situate in aree di pertinenza otorinolaringoiatrica, che causavano disturbi secondari all'apparato motore, specie del tarso e della base dell'alluce. Solo pochi "fortunati" tra questi pazienti, dopo aver speso tempo e soldi dall'ortopedico per anni, alla fine risolvevano l'infezione focale e guarivano dai disturbi di competenza ("cosiddetta") dell'ortopedia.

Sappiamo inoltre, a spese di decine di migliaia di pazienti, che l'infezione cronica alle tonsille, anche se silente, con tonsille non alterate o aumentate di volume, con tampone e TAS negativi, era fattore di rischio per lo sviluppo di patologie metafofocali, ovvero alterazioni a carico di altri organi o tessuti, in particolare cuore, reni, articolazioni.

La situazione diventava ancora più sfumata ed equivoca nel caso di tonsillectomia incompleta, che stroncava sì i fenomeni acuti (e il paziente veniva dimesso con successo), ma un nocciolo di infezione rimaneva sul tessuto linfoide non raggiunto dai bisturi. L'infezione non poteva più reagire in modo infettivo acuto e cambiava carattere, **e poteva rimanere per decine di anni non notata affatto. Aveva come terreno di coltura quel tessuto chirurgicamente privato della vitalità originaria.** Risultato più o meno diretto: debilitazione dell'organismo e problematiche di ogni tipo. Quando questi pazienti ritornavano dal medico (alcuni dei quali dicendo che la rimozione delle tonsille non aveva funzionato) i medici accantonavano l'argomento tonsille infette e cercavano altre spiegazioni. Molti di questi pazienti, sia in base ai sintomi nervosi sia in base alla molteplicità dei sintomi, furono etichettati come **nevrotici** e vennero loro dati farmaci per disturbi mentali.

Per decenni medici ignari che la loro tecnica di asportazione delle tonsille era incompleta, praticarono interventi con cui rimuovevano il grosso delle tonsille, ma si lasciavano dietro tessuto linfoide infetto. Oggi la tecnica dell'asportazione incompleta non è più consentita.

Il corso della storia ci ha consegnato questo esperimento dunque, creato da un errore della pratica medica, in cui il ridurre quasi a zero la vitalità di un'area di tessuto ne fa il terreno privilegiato di focus silenti cronici (che nel tempo bloccano il sistema di regolazione di base).

Oggi gli effetti a distanza di siti infetti sono un mattone della medicina. Fatte le debite differenziazioni (perché i focolai tonsillitici riguardano strutture di tessuto linfoide, perché i tempi sono diversi, l'incubazione nell'osso necrotico è particolare, etc.) l'attenzione di questo manuale si rivolge con decisione (per l'adulto dai 30 anni in giù) ai focus di aree di pertinenza odontoiatrica.

Queste aree altamente manipolate, subiscono shock galvanici per pluri-metallismi, depositi di metalli pesanti (mercurio), devitalizzazione di denti, impianti ossei, etc.

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 diminuiscano. Ma soprattutto, la frequenza di questi focus aumenta con l'età, e diventano ad un certo punto rilevanti bloccando il sistema

di regolazione di base: in particolare nell'adulto, pulpiti croniche (nei denti devitalizzati), osteiti periapicali; nell'anziano, osteonecrosi mascellari.

Non ci stancheremo mai in questo manuale di riportare esempi in cui si vede che i denti devitalizzati danno un contributo importante al blocco del sistema di regolazione di base, per cui la loro estrazione diventa determinante nel momento di innesco della patologia cronica.

Ma dietro l'angolo ci aspetta un argomento completamente nuovo. La **perdita di vitalità e di afflusso sanguigno nella mandibola**, diventa così imponente che interi pezzi di osso sottostanti al dente diventano più o meno "devitalizzati", dunque sedi di osteonecrosi, dunque sedi di focus dello stesso tipo dei denti devitalizzati: marciume e putrefazione confinata che non dà evidenze locali, l'attività e il marciume dei quali, per quanto a bassissime dosi, diventa la più temibile bomba ad orologeria tossica e di ancora più lunga gittata (cui il nostro organismo può arrivare solo nel corso di decenni). Il suo innesco significa patologie croniche e irreversibilità delle malattie che si materializzano da paziente a paziente.

Nel caso che segue non erano coinvolti denti devitalizzati (paziente in dialisi da due anni, guarita dal Dr. David Minkoff):

G.W., 69enne, con diagnosi di insufficienza renale cronica. Ad ottobre 1998 aveva iniziato l'emodialisi con 3 trattamenti settimanali. Ad agosto 1999 quando venne da noi, ci spiegò le sue motivazioni: "Vede dottore, devo rimettermi in sesto perché a me e la mia sorella gemella piace andare a ballare, musica Country e Western, e ora, vede, non riesco più ad accompagnarla". Il test del riflesso autonomico mostrò che osteiti della mandibola bloccavano il sistema di regolazione di base. I denti 11, 13, 15, 16, 23, 25 e 27, che ci risultarono morti e con osteiti sottostanti, furono estratti. Secondo la nostra esperienza, per avere successo pienamente, il programma di disintossicazione deve essere preceduto dalla risoluzione della focalità della mascella. Dunque lavorammo molto su quello. Potete vedere su <http://www.dr.minkoff.com/1.pdf> l'intera serie di correzioni che apportammo con iniezioni e supplementi.

Dopo sette mesi di trattamento, i suoi trattamenti di dialisi furono ridotti da tre a due a settimana. Dopo 10 mesi dall'inizio dei nostri interventi non furono mai fatti più fatti dalla paziente trattamenti di dialisi (il 9/6/2000): non le servivano più. L'organismo riprese a produrre urina e i valori BUN e creatinina rimanevano normali, rispettivamente di 36 e 2.9. Il nefrologo non sapeva più che pensare. Era stranito, come davanti ad un evento paranormale. Le disse: "Non capisco cosa sta accadendo. I suoi reni stanno ritornando a funzionare? Ma questo è impossibile". Gli disse: "Lo sa che ogni sera vado a ballare ora per due o tre ore?". Sono ora passati 3 anni e mezzo da quando si è liberata della macchina per la dialisi. Ha energie da vendere. BUN e Creatinina sono normali (37 e 2.7). Anche a me non sembra di aver sentito da qualche parte altri casi simili, di reversione della patologia renale, per di più dopo che la paziente era stata attaccata alla macchina della dialisi per due anni. Mi pare che i risultati diano ragione alla mia ipotesi: che la combinazione di grave osteonecrosi nella zona sotto i denti, la tossicità da mercurio, allergie, sistema di regolazione di base bloccato, cattiva salute dell'intestino, se sommate tutte insieme, producono in quella paziente insufficienza renale cronica e nefrite interstiziale. Danno irreversibile per fortuna non era ancora comparso e dunque le bonifiche e le contromisure appropriate, nella giusta sequenza, ci hanno dato una guarigione alquanto rapida, che ha stupito anche me. Sono certo però che lì fuori ce ne sono molti di malati cronici che beneficerebbero dalle giuste informazioni e protocolli.

(Explore Magazine, Vol. 13, No. 4)

Visto lo stato avanzato di osteonecrosi nella paziente in questione, i medici dovettero faticare non poco con chirurgie ripetute e rimedi per l'ischemia, per avere ragione di questa focalità.

Barbara Fuss (Germania) viene intervistata da Sabrina Giannini per Report ("Il dente avvelenato" raitre, 1998).

[giornalista]: "Ma che problemi aveva?". [Barbara]: "Si era paralizzato il braccio sinistro, sono iniziati gravi problemi al cuore, mi sentivo tutto il cuore bruciare, avevo anche problemi psichici: paranoia, attacchi di panico, etc.. Ho conosciuto, attraverso suoi pazienti, il Dr Daunderer. Come ha detto lui, i problemi sono terminati tutti solo dopo l'estrazione dei denti superiori. Il mio osso mandibolare era degenerato, contaminato dai metalli migrati dall'amalgama. Avevo tolto l'amalgama vari mesi prima di incontrare Daunderer, ma senza protezione. Dopo la rimozione sono stata malissimo. A quel punto per iniziare una disintossicazione abbiamo prima dovuto tenere presente l'osteonecrosi sotto i denti e quindi toglierne un bel po'.

Solo nel momento dell'estrazione dei denti sovrastanti l'osso ha qualche possibilità di spurgarsi. Un'altra esperienza in tal senso ce la riporta Andreas W., le cui radiografie evidenziavano, tra un intervento e l'altro, macchie bianche che si muovevano nel tempo verso la superficie e dovevano essere di volta in volta rimosse (Heavy Metal Bulletin, vol.1, p.20). Il suo racconto fa così: "Un mese dopo che tutti i denti dell'arcata superiori furono estratti ebbi degli effetti straordinari, ma poi i sintomi ritornarono. Una raschiatura preliminare mirata era già stata effettuata nel momento dell'estrazione, ma ero anche stato informato che un'altra pulizia era necessaria dopo sei mesi. Grazie a queste procedure ho fatto esperienza di una disintossicazione ottima. Due anni sono passati e non c'è più formazione di queste macchie bianche nell'osso mascellare. (..) Non sto qui a dire che percentuale di pazienti deve seguire questa strada, non lo so. Per me ha funzionato, per me non avrebbe funzionato altro, ve lo assicuro. Credo in questo trattamento, ho parlato

con molti dei pazienti di Dauderer e vi assicuro che anche per loro ha funzionato e li ha tirati fuori da situazioni impossibili”.

La d.ssa Hulda Clark [2002] scrive: “In seguito all'estrazione del dente coinvolto con il corretto protocollo [una raschiatura mirata del sito estrattivo], potreste aspettarvi che un frammento osseo faccia di tanto in tanto la sua comparsa. Mentre il frammento si libera e cerca faticosamente di uscire, è accompagnato da ricadute contemporanee a sintomi locali. Tornate allora dal dentista. Se non lo fate rimuovere, potrebbe diventare causa di dolore in qualsiasi parte del vostro corpo”.

Quando Dauderer sottolinea con grande insistenza che la pulizia chirurgica deve essere effettuata su tutti i siti ossei coinvolti, perché da essa dipende il grado di ripristino della salute del paziente, il tossicologo tedesco parla anch'egli di questa traslocazione post-chirurgica.

“Se dopo la rimozione del dente/focus dentale, come descritto sopra, i sintomi diminuiscono o scompaiono e poi riappaiono dopo qualche tempo (3, 6 o 12 mesi dopo), allora la vecchia ferita deve essere riaperta e ripulita di nuovo” [Dauderer 2001]. I sintomi riappaiono perché le energie per spurgarsi dell'osso si sono esaurite, c'è bisogno di una nuova raschiatura dell'osso, un'enormità di tossine, mobilitate ma rimaste intrappolate nell'osso, ora formano un nuovo focus dentale immobile.

Una buona casistica che descrive questo fenomeno di osteonecrosi a carico di vaste aree delle mascelle risale a circa 160 anni fa. In quel momento storico i denti devitalizzati non erano stati ancora inventati, per cui l'osteonecrosi generava molto più spesso che oggi fenomeni acuti non controllabili a carico dei denti, con ascessi o dolori, che non potevano essere domati dalla scienza medica.

Destava meraviglia e sgomento questo fenomeno in cui i denti iniziavano a morire uno dietro l'altro, lasciando sdentate anche persone non anziane.

La devitalizzazione dei denti, stroncando la patologia dolorosa (con l'asportazione del nervo), portando al capolinea la vitalità del dente, crea un'area confinata dove non possono succedere più eventi acuti di dolore o di ascesso. Ora, se succederà qualcosa, questo sarà dovuto alla reattività del sistema osseo adiacente, che è tarata per avvenire (ancora più in là) ad orologeria. Spesso non succederà proprio niente più, perché questa reattività ad orologeria dell'osso è impedita dalla tossicità che esso subisce, che ne mina profondamente la vitalità (le capacità di controllo e le capacità di reazione acuta).

Dunque è solo visibilmente che non succederà proprio niente. Ma l'osteonecrosi (senza campanelli) di un tale sistema degenerato è inevitabile!

Il fenomeno divenne famoso nel corso del 1800 perché, man mano che la salute dell'osso arrivava al capolinea, il dentista (senza le devitalizzazioni) era impotente di fronte a delle vere e proprie morie di denti. Questo fenomeno osteonecrotico riguardava anche denti apparentemente ineccepibili e che non facevano pus.

Ben presto il dentista si rese conto che le avvisaglie erano date da uno stato cronico di cattiva salute della gengiva e, ad un'osservazione più attenta, l'osso era in necrosi, lieve o anche grave. Come accade anche oggi, ma non necessariamente, ampi frammenti di osso necrotico, di quando in quando, venivano scoperti sotto il dente estratto.

“Phossy jaw” era il termine usato, e faceva riferimento alla mandibola necrotica [Russell 1794] che oltre a provocare morie di denti, era sempre associato ad un cattivo stato generale di salute, a volte a nevralgie e sintomi dolorosi di cui si poteva ottenere una remissione se si andava a curettare il tessuto necrotico.

Thomas Bond [1848], autore di una descrizione dettagliata (in quello che sembrerebbe il primo manuale di patologia orale) mostra su riviste specializzate delle foto dell'osteonecrosi in aree di pertinenza odontoiatrica: necrosi ossea, caratterizzata dal fatto che non si formava pus.

Ad Harris [1841] di Londra e Lorinser di Vienna [1845] risalgono alcuni articoli di poco precedenti, e la tesi dell'epidemia di questo fenomeno fu ufficialmente ospitata su l'American Journal of Dental Science con un dettagliato articolo del 1867.

Risale a Noel [1868] una classificazione dell'osteonecrosi maxillo-facciale in base all'entità della patologia: quella grave, che portava a completa morte dell'osso, e quella lieve, che derivava da uno stato di “ridotta vitalità ossea”, in cui la progressione degenerativa era molto più lenta e con conseguenze se possibile ancora più sfumate.

Un'ampia casistica di casi lievi di osteonecrosi ischemica fu discussa nel 1898 da Barrett in un manuale classico di patologia orale che spiega: “La necrosi può essere causata da qualsiasi fattore in grado di alterare la nutrizione dell'osso”.

La lista di coloro che nel corso dei decenni successivi hanno indagato questo fenomeno si allunga decisamente, menzioniamo alcuni nomi illustri, per esempio Black [1915], il padre della odontoiatria moderna, Harris [1926], neurochirurgo inglese di fama mondiale, e Plemister [1915, 1930 e 1948], dell'Università di Chicago.

Il livello di degenerazione dell'osso coincide con l'entità del prosciugamento dell'afflusso del sangue lungo gli appositi percorsi interni dell'osso (di approvvigionamento dal sistema venoso craniale) [Wilensky 1932, e Hankey 1938].

G.V. Black [1915] diede ampio risalto al fenomeno di lenta morte ossea, in cui la necrosi avanzava "cellula dopo cellula", a volte creando spazi cavi intraossei del diametro fino a cinque centimetri, e **si interrogava su come mai quest'ampia distruzione ossea potesse avvenire senza formazione di pus**, senza arrossamenti, infiammazioni o rigonfiamenti della gengiva, senza aumenti della temperatura del paziente, spessissimo **senza alcun sintomo locale e neanche dolore**.

Su questo fenomeno completamente sotterraneo e silenzioso gli fa eco la Stockton: "Non si vede dall'esame della bocca e neanche lo si vede dall'ortopantomica o anche dal Vega test o dalla kinesiologia. Spesso invece il paziente ha una sensazione che c'è qualcosa che non va. A questa non-vitalità corrisponde una secchezza della camera polpata a causa del nutrimento al dente che viene progressivamente meno".

Il fatto che la regione ossea in questione offra un sistema inaspettatamente fluido rispetto ad impurità [Brosch 1958] è importante anche per un altro motivo in questo libro. E cioè l'effetto dell'estrazione di un dente (con il protocollo corretto), è che offre una possibilità di spurgo e quindi postpone davvero di tanto l'insorgere della bomba ad orologeria dei focus da zone di mascelle in osteonecrosi!

Per delicatezza (e anche perché tanto le pagine di questo libro le ho già riempite tutte con letteratura medica), non vi racconto tutti i dati in proposito che ho raccolto quando, ospitato da Ellen Carl a Monaco, ho incontrato l'associazione di pazienti guariti da Daunderer. Alcuni di questi casi risalgono ad un'epoca pre-Daunderer. Si tratta di pazienti miracolosamente allertati (già intorno agli anni 60 e 70) dal test di Voll sulle focalità dentali. Ad esempio una signora cui doveva essere asportata chirurgicamente la tiroide. Decise di dare retta al medico che le disse che i denti erano tutti da estrarre. Ha vissuto da allora un quarantennio di vita serena, liberata da dolori e condizioni invalidanti croniche che aveva dovuto soffrire nei 10-15 anni prima dell'estrazione dei denti. La tiroide, per di più, guarì senza interventi o medicine.

L'estrazione di un dente coinvolto, consentendo lo spurgo dell'osteite e della scarica tossica incamerata negli anni, miracolosamente porta alla guarigione nella patologia cronica, come riferivano già nel 650 a.C. medici babilonesi: Asarhaddon, re assiro con una grave poliartrite, chiede consiglio ad Aradna, e gli viene spiegato che deve estrarre i suoi denti, solo allora si avrà la guarigione dalla malattia: **"I denti del mio Re devono essere rimossi, perché è con essi che nasce l'infiammazione interna. I dolori scompariranno immediatamente e il suo stato di salute tornerà normale"**.

La cosa oggi diventa così: "Ci sono delle vere e proprie carriere per diventare malato, trame che si ripetono sempre. Si parte con il numero di otturazioni dentali della madre, addirittura eventuali rimozioni non protette durante la gravidanza. Alimentazione e farmaci sbagliati, ma soprattutto i vaccini pediatrici il problema classico dell'uso di latte vaccino pastorizzato portano nel bimbo ad un indebolimento delle mucose dell'apparato digerente, intolleranze alimentari; presto compaiono reazioni infiammatorie tipiche del tentativo del sistema immunitario di garantire l'omeostasi perduta, queste purtroppo sono sopresse con antibiotici e cortisone; ulteriori danni e indebolimento da vaccini; prime carie e degenerazione del sistema odontoiatrico con le varie pseudoterapie quali otturazioni mercuriali, devitalizzazioni ecc. Ogni generazione precedente in questa logica ha consolidato il deterioramento della successiva. Per curare e guarire un adulto in siffatto stato di saturazione, per una certa malattia cronica, a quel punto una delle terapie di base deve essere necessariamente la bonifica biologica del sistema odontoiatrico senza compromessi nei confronti di (seppure localmente silenti) focolai di necrosi ossea e cadaveri dentali, oltrechè di materiali metallici della peggior specie. Il successo ottenuto con questo andamento alquanto rigoroso e marziale mi dà ragione. Se vogliamo far tornare il paziente in uno stato di regolazione, dargli la capacità di autoguarigione, dobbiamo scegliere la via di toglierne i pesi soffocanti dal suo sistema ecologico con la presenza dei quali uno sviluppo delle proprie forze positive ed orientate a garantire l'omeostasi non è possibile" [Thomas Herms 2004, [www.dr-thomas-herms.de/it-zahn.html](http://www.dr-thomas-herms.de/it-zahn.html) ].

La pratica clinica ci consegna numerosi autori che, in base all'esperienza accumulata e in base alla teoria sul sistema di regolazione di base saturato, per ottenere guarigioni di patologie croniche degenerative, si rivolgono a queste particolari manovre di bonifica odontoiatrica.

Miclavez [Macro Edizioni, 2002]: "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 ad eseguire, ad una guarigione definitiva di malattie croniche resistenti a qualsiasi tipo di terapia".

## PARTE 2

### le degenerazioni dell'osso e l'amalgama

Studi di biopsia hanno mostrato che quando una persona ha otturazioni di amalgama, gli ioni metallici migrano nei tessuti adiacenti al dente. Elevate concentrazioni di mercurio sono state trovate nella adiacente gengiva [Freden 1974], dentina [Soremark 1962 & 1968], polpa dentale [Moller 1978], soprattutto intorno alla radice dei denti e ai circostanti osso alveolare (secondo Willershausen [1992], che ha misurato le concentrazioni di mercurio in campioni di mucosa orale presi durante chirurgia orale). Anche Johansson [1996] riscontrò elevate concentrazioni di mercurio, fino a circa 50 mcg/g negli apici delle radici di denti otturati con amalgama.

I dati numerici corrispondono a quelli evidenziati da studi animali. Horsted-bindslev [1997] inserì otturazioni dentali di amalgama in maialini di Guinea ed eseguì studi di autopsie dopo un periodo di 17-28 mesi: il mercurio poteva essere evidenziato nei denti con amalgama, mentre denti di controllo otturati con compositi non ne avevano. Evidente era il coinvolgimento della zona ossea intorno al dente. Nello studio su pecore di Vimy [1990], il mercurio si concentrava principalmente nell'osso alveolare del dente (7756 ng/g), nelle gengive adiacenti alle otturazioni di amalgama (4190 ng/g) e nella regione della lingua di fronte al dente otturato (253 ng/g).

L'osso adiacente ai denti otturati con amalgama diventa una discarica di metalli e ciò è un importante co-fattore della degenerazione ad orologeria del sistema osseo [Fisher 1984].

Il secolo scorso la definizione di mercurialismo includeva anche la descrizione della necrosi dell'osso mandibolare nei casi più gravi. Molti autori a quel tempo riportavano l'osteonecrosi come conseguenza dell'uso che si faceva di metalli velenosi (mercurio, arsenico e bismuto) come medicine popolari. Questi e altri metalli pesanti interferiscono con l'irrorazione sanguigna verso l'osso e quindi contribuiscono all'oschemi cronica che precede la degenerazione mandibolare.

Con il rilascio locale di ioni metallici nell'osso adiacente al dente con amalgama, scrive Dauderer [2001], "quel contatore che porta all'osteonecrosi inizia a girare più velocemente; già partire dai nostri 35 anni di età (a volte anche prima, da bambini), arriviamo ad uno stadio in cui l'irrorazione sanguigna a disposizione della salute dei denti è in grave crisi". Studi di biopsia di Dauderer mostrano le enormi concentrazioni dei metalli coinvolti (in particolare di mercurio) nelle zone più affette dell'osso mandibolare.

Una delle prime segnalazioni in tal senso fu quella di Ferguson [1868], ma tanti altri autori del suo tempo facevano notare che il mercurio ha un effetto tossico sull'osso che **favorisce senz'altro l'insufficienza vascolare** e la successiva colonizzazione batterica dei tessuti necrotici.

Della tossicità dell'amalgama sull'osso e conseguenti osteiti ha parlato Fisher [1984], in grado di dimostrare con un gran numero di osservazioni che la perdita ossea era notevolmente maggiore in corrispondenza di denti che avevano avuto amalgama che non in denti con altre otturazioni!

Per quanto poco pubblicizzata, questa evoluzione non deve sorprendere. Infatti le dosi di mercurio rilasciate dall'otturazione determinano un invecchiamento del potenziale operativo delle glicoproteine ossee. Come per qualsiasi altro tessuto, la sua qualità e stato vitale si consumano prima con le esposizioni da mercurio.

I virus e altri microorganismi anaerobici che ritroveremo nel tessuto osteonecrotico possono essere pensati come gli spazzini dei metalli tossici e dei tessuti necrotici.

Dauderer [1998]: "Le tossicità da amalgama o di altro tipo si accumulano nella mandibola e **fanno sviluppare dei foci purulenti che irritano i nervi craniali e di conseguenza, portano ad un'irritazione organica che è alla base di disturbi emotivi**. I sintomi psicosomatici si curano solo rimuovendo il pus ("somatica") sotto il dente, poi l'irritazione del nervo ("psico") scomparirà. Se le cause organiche di questi disturbi psicologici sono ignorate per un lungo periodo di tempo o se si tenta di intervenire solo con la psicoterapia, si scivola verso sindromi organiche note come irreversibili, ad esempio il cancro".

Dauderer [1998]: "Un giorno l'intero edificio che è la psichiatria dovrà essere costruito di nuovo, si vedrà che la storia inizia quando si va dal dentista, tutto quello che va monitorato è cosa passa dalle sue mani alla bocca del paziente e in che locazione. Se il dentista metterà amalgama nei denti dell'arcata superiore, allora appariranno disturbi psicologici; se la metterà in quelli inferiori, avremo danni immunologici, artriti reumatoidi, etc", scrive il tossicologo tedesco Max Dauderer, che registra quasi sempre una differenza, tra prima dell'estrazione di denti e bonifica di osteiti e dopo, in termini di instabilità emotiva.

In base a queste dinamiche, molti casi non dovrebbero essere archiviati come pagine di psichiatria anche secondo Huggins: “Dopo aver raccolto dai pazienti cui si bonificavano le focalità dentali le stesse storie centinaia di volte, non posso non cercare di menzionare un aspetto ricorrente, anche se non so da dove iniziare per descriverlo. Il cambiamento in questione è l'**instabilità emotiva**. Un gruppo particolarmente numeroso è di quelli che mi dicono che prima avevano “flashback” ricorrenti, di spaventose esperienze risalenti a quando erano bambini piccoli. Altri pazienti ancora ottengono con la rimozione dei denti focali una drammatica **riduzione dell'ansia, depressione o irritabilità**, nell'arco di 24 -48 ore”.

Queste stesse osservazioni sono state ottenute indipendentemente dal prof. svedese Patrick Stortebecker, che parla della migrazione di ioni metallici di mercurio nell'osso, conseguente osteonecrosi e infezioni silenti. Secondo le osservazioni di questo medico svedese, sindromi di ogni tipo (fino a schizofrenia) sono in relazione alle scariche tossiche in questione che alimentano il sistema venoso craniale.

### **le degenerazioni dell'osso e l'alimentazione**

Un interessante fenomeno è stato dimostrato dalla scienza: il flusso di fluido nutriente del dente, che dalla polpa e dalla camera polpare si dirige in tutte le direzioni nella dentina (fino ai canalicoli di cui è fatto il “cemento” o parete dentale), viene risucchiato all'indietro (cioè peggiora l'apporto nutriente al dente) quando uno consuma zucchero bianco. La pubblicità in televisione direbbe che nel momento in cui avete consumato zucchero dovete usare il dentifricio perché l'attacco dello zucchero dall'esterno determina la carie dentale. La realtà è che la carie è un fenomeno degenerativo della nutrizione della dentina che parte dall'interno: anche quando lo zucchero è stato immesso solo per intubazione, direttamente nello stomaco (senza passare per la bocca), si verificano le alterazioni di nutrimento dentale che fanno degenerare il dente. Ve ne parlano gli studi del Dr Ralph R. Steinman, della Loma Linda University Dental School, che sono stati confermati più volte in seguito da altri ricercatori.

Weston Price, 40 anni prima, aveva notato nella clinica che un'alimentazione sbagliata accelerava il processo di osteonecrosi e determinava un maggior grado di colonizzazione dell'osso mandibolare da parte dell'infezione derivante dal dente devitalizzato (l'alimentazione diventava un contributo, in aggiunta ad altre tossicità possibili, nella degenerazione del sistema dentale).

Ritenendosi soddisfatto delle osservazioni cliniche, sperimentali e in vitro prodotte dal 1900 al 1925 sui denti devitalizzati, e date istruzioni ai suoi collaboratori su come continuare a raccogliere dati, Price si avviò ad aprire un altro capitolo di ricerca decennale senza precedenti in cui egli dimostrerà che l'alimentazione “moderna” causava epidemie di problemi dentali. Appartenendo ad una ricca famiglia, insieme alla moglie, egli iniziò un viaggio intorno al mondo che durò sedici anni: raggiunse gli angoli più remoti, dove avesse potuto entrare in contatto con civiltà primitive (montanari isolati delle Ande o della Svizzera, pescatori di origine celtica, esquimesi, inuiti, maori della Nuova Zelanda, pescatori delle isole dei Mari del Sud, tribù africane allevatrici di bestiame, i masai, i dinka, i bantù, indigeni dell'Amazzonia). Eredità della sua intraprendenza è una spettacolare raccolta dati (insieme a 18.000 fotografie), presentati nel libro "Nutrition and physical degeneration", in cui egli confrontava indigeni ancora isolati che si reggevano su alimentazioni primitive con indigeni civilizzati che avevano introdotto da qualche decennio l'alimentazione “civilizzata”, cioè ricca di farine, di zuccheri, di latte pastorizzato e derivati, svuotata del suo fulcro di alimenti della terra freschi e non cotti.

I risultati del cambiamento alimentare che si chiamava “civilizzazione” erano denti storti, infezioni dentali, piorrea, osso delle mascelle costituzionalmente meno sano, etc. Ma come si spiega questa interrelazione?

12 ore di disintossicazione e 12 ore di rigenerazione, giorno e notte, questo ciclo è lo scudo dell'organismo: il cambiamento alimentare che si chiamava civilizzazione annebbiava le risorse e i ritmi della rigenerazione, e trasformava la vita in una condizione perpetua di sovraccarichi metabolici.

Questa nuova condizione, **di perenne energia stagnante**, se sommata, un giorno dopo l'altro, per decenni, diventa la madre di tutte le malattie croniche degenerative, di un cattivo stato costituzionale, oltre che di un cattivo stato costituzionale e di manutenzione della zona ossea di pertinenza odontoiatrica.

All'incontrario, si può vedere come un alleggerimento ha un effetto di rinfrescare i meccanismi di rigenerazione: mi riferisco alla scoperta empirica che con un digiuno si riesce a curare l'ascesso di un dente, o anche che una frattura ad un osso guarisce prima con un digiuno da cibi solidi.

Che un appesantimento metabolico alimentare sia deleterio per la guarigione lo si vede quando persone con intolleranze silente al glutine, continuandone il consumo hanno grossi problemi di cicatrizzazione delle ferite (problema che scompare quando eliminano il glutine).

Qualcuno aggiungerebbe all'equazione anche il contributo dell'alimentazione dei nostri genitori e nonni. Risale agli anni 60 la famosa serie di esperimenti con il latte pastorizzato del dr Francis Pottenger Jr, del Sanitario di Monrovia, California. Un gruppo di gatti nutriti esclusivamente con latte crudo venne confrontato con gatti nutriti con latte pastorizzato. Il primo gruppo prosperava rimanendo sano, attivo e vivace per tutta la vita, mentre i gatti alimentati con latte pastorizzato diventavano presto indolenti, confusi e molto vulnerabili ad una quantità di situazioni degenerative, come disturbi di cuore, debolezza dei reni, disfunzioni della tiroide, disturbi respiratori, perdita dei denti, ossa fragili e meno dense, infiammazione del fegato ecc.

Pottenger prese in considerazione un'alimentazione più variegata, ma allo stesso modo per un gruppo di gatti rimaneva cruda e per un altro era sottoposta a cottura o pastorizzata. Se seguiamo questi gatti e la loro discendenza otteniamo implicazioni davvero spettacolari. I figli e i figli dei figli, di gatti alimentati crudo, iniziavano addirittura a prendere una fisionomia migliorata. I loro "visi" diventavano più larghi, il perimetro pelvico aumentava, le ossa diventavano più solide, i denti più belli e forti. Si otteneva infine una "tribù" di esemplari davvero splendidi e felici.

Dopo un po' di generazioni di questa dieta, al top del loro splendore, il dr Pottenger prese alcuni di questi gatti e iniziò ad alimentarli con latte e carni cotte. Dopo tre "de"-generazioni messe a cibo cotto il gruppo di animali aveva subito un deterioramento tale che le disfunzioni della riproduzione divenivano più comuni e la prole era visibilmente più debole e prone a malanni. I loro visi erano diventati più stretti, con ossa e struttura del corpo più piccole, le imperfezioni e storture dei denti diventavano comuni, e il loro temperamento peggiorava consistentemente.

Quando il dr Pottenger iniziò di nuovo l'alimentazione cruda in questo gruppo di gatti "malandati" scoprì che ci volevano quattro generazioni sotto un regime perfettamente crudo prima che di tanto in tanto apparisse qualche individuo nello splendore e nella forma che erano stati degli antenati nutriti crudo.

Che un appesantimento, o energia stagnante, causi la degenerazione dell'osso adiacente ai denti lo leggiamo tra le righe anche della letteratura medica odierna. E' noto che molti ignari celiaci che consumano glutine subiscono una notevole degenerazione del sistema osseo (che prende vari nomi, per es. demineralizzazione ossea), che regredisce con l'astinenza dal glutine. Questo particolare stress metabolico aveva prodotto stress sugli enzimi transglutaminasi delle ossa. Potrà interessare che proporzionalmente alla progressione della demineralizzazione ossea diventa molto marcato il fenomeno di deposito di metalli pesanti nell'osso. Il livello di demineralizzazione ossea sistemica ha un parallelismo con i problemi di osteonecrosi sotto i denti [Ishikawa 2004].

Weston Price sarebbe d'accordo con quello che ora scrivo: dalla degenerazione fisica, e dai vari focus (attinenti al sistema odontoiatrico) che innescano la malattia cronica, ci separa un lungo periodo di latenza in cui costantemente abbiamo messo in difficoltà il sistema di rigenerazione dell'organismo. Abbiamo trasformato la vita in una condizione perpetua di sovraccarichi metabolici. Price, una volta tornato dal suo viaggio intorno al mondo, si mise a curare le persone reintroducendole ad alimenti tra i più ricchi di vitamine e minerali, in un ambito di cibi provenienti da terreni coltivati in modo biologico e "antico", consumati integrali, naturali e, se possibile, crudi.

### **la degenerazione dell'osso e i denti devitalizzati**

Le ricerche hanno evidenziato che molti siti di osteonecrosi risultano direttamente adiacenti a denti devitalizzati [Bouquot 2000].

La spiegazione è la seguente. Il prof. dr. Boyd Haley [2004] (direttore del dipartimento di "Chimica e Biochimica" dell'università del Kentucky), in una versione moderna degli studi di Price, ha potuto provare, usando i più sofisticati metodi di ricerca, che tossine anaerobiche sono ubiquitarie nelle strutture interne di tutti i denti devitalizzati.

Con la cura canalare è stata estirpata solo la polpa del canale principale, l'unico accessibile al dentista. E la polpa dei numerosi canalicoli secondari? Come può, nei 15-20 anni successivi, non essere soggetta a putrefazione?

Come conseguenza di evoluzioni anaerobiche e fungine nei microtubuli e nella polpa morta non rimossa, la zona ossea appena adiacente fuori al dente si popola di vettori infiammatori.

Questa zona infiammata serve per delimitare i metaboliti dell'infezione, che hanno una discreta capacità di uscire dal dente devitalizzato, nonostante il foro apicale murato, e riescono a passare anche per diffusione nei canalicoli della parete del dente (il "cemento") [Steinman 1956].

"Un dente devitalizzato che non stia piantando nell'osso adiacente un focus non esiste" [Schondorf 1940].

Per fortuna fuori ad attendere i metaboliti dell'infezione di basso grado del dente devitalizzato c'è una muraglia di leucociti morti, cellule connettive, residui epiteliali (mediatori dell'infiammazione che sono ben impastati con le proteine tossiche del metabolismo anaerobico all'interno del dente). La muraglia in questione impedisce la loro



diffusione a distanza. «Il legamento alveolo-dentario trattiene i prodotti tossici risultanti da questo conflitto locale. Si dice allora che si è formato un focus» [R. Haegel].

A chi si lamenta del focus, è evidente che sfugge la previdenza dei nostri programmi genetici: l'infiammazione è un modo per sigillare dal di fuori il nocciolo dell'infezione anaerobica incubatasi nel dente devitalizzato. Questa situazione prevede l'attenzione perenne del sistema di regolazione di base, e da Price ci viene l'osservazione che, quando lo stato di vitalità è minore (per altri eventi debilitanti), si può dare per scontato che temporaneamente si riduce la capacità di sigillatura del nucleo infetto.

Il prof. Haley ha anche dimostrato che, nel momento in cui anche solo minuscole concentrazioni di questi metaboliti vengono veicolate nel sangue, essi possono inattivare i più importanti enzimi nel corpo tra cui le *creatinin-kinasi*, le *piruvato-kinasi*, le *fosfoglicerate kinasi*, le *adenilato kinasi*, e i *fattori di crescita fibroblastica*.

Tutto attorno al dente devitalizzato dunque l'attenzione è massima; altri programmi genetici sono disponibili: in seconda battuta si attivano le glicoproteine della calcificazione intorno alla zona infiammata.

Price fu il primo anche a dimostrare ciò, valutando la variazione di composizione minerale intorno al dente cronicamente infetto.

Nel tempo comunque i mediatori dell'infiammazione e i metaboliti tossici del dente si diffondono su aree più vaste causando un disordine della coagulazione del sangue e un ridotto afflusso sanguigno (osteonecrosi ischemica).

E' per questo che quando diciamo che la mandibola può subire vari tipi di tossicità (dell'amalgama, dell'invecchiamento, dell'alimentazione sbagliata, etc.) dobbiamo aggiungere la voce "tossicità locale dei denti devitalizzati".

In pratica un dente devitalizzato è capace di accelerare la morte o la degenerazione degli altri denti, mandibola inclusa. L'autrice di "Beyond amalgam" [2000], Susan Stockton afferma che questa correlazione assolutamente non negabile tra denti devitalizzati e compromissione della normale irrorazione sanguigna dell'osso (da cui dipende la vita di tutti gli altri denti) deve far riflettere: "Il fenomeno osteonecrotico si allarga nel tempo da un sito coinvolto. Può venir affetta per migrazione anche un'area di osso con sopra denti vitali: da cui il rifornimento sanguigno è gradualmente ridotto e il dente affianco dovrà essere devitalizzato. La migrazione in questione non è confinata alle aree sdentate".

Il fato dei denti dipende dalla salute dell'osso. Togliere un dente devitalizzato invecchiato significa evitare che l'osso venga inondato di mediatori infiammatori e metaboliti tossici, che (muovendosi trasversalmente lungo la mascella) finirebbero per avere conseguenze in termini della locale degenerazione, segnando tra l'altro il destino di altri denti che prima erano sani.

A proposito del buco che lascia il dente estratto, conosco un dentista che si è studiato bene la faccenda e che mostra a tutti il buco di un premolare che ha estratto e dove non ha intenzione di far ricorso a nessun lavoro odontoiatrico. L'irriverenza del dentista è evidente verso la professione odontoiatrica che egli dovrebbe rappresentare e verso le idee secondo cui la nostra mandibola sarebbe programmata in modo che se cade un dente irrimediabilmente dovranno abboccarsi e poi cadere tutti gli altri poco dopo.

L'idea che questo dentista si è fatto è diametralmente opposta: cioè se si lascia un bel dente devitalizzato con la sua silenziosa osteite sotto, questa scelta risulterà molto nociva per lo stato di salute dell'osso, che è il fattore determinante nell'evoluzione delle vicende dentali.

### **per guarire bisogna diminuire a sufficienza la somma delle zavorre**

Molte delle persone osservate da Price avevano avuto denti devitalizzati per decenni senza manifestare problemi di salute; ad un certo punto, dopo un'influenza, il paziente stentava a riprendersi e poco dopo s'innescava la malattia cronico-degenerativa: l'influenza rappresentava **l'occasione in cui la focalità del dente devitalizzato prendeva il sopravvento su un sistema immunitario esausto per un surplus di lavoro cronico e in un momento di depressione acuta.**

Price menziona un paziente in cui una grave forma di reumatismo, risolta con l'estrazione di un dente devitalizzato, era insorta a seguito di un'esposizione forzata al maltempo. Il dente devitalizzato estratto da questa persona fu usato per produrre colture da inoculare a dei conigli, alcuni dei quali tenuti in gabbie al caldo e altri in gabbie al freddo. Il livello di esposizione era uguale e tale che non era stato sufficiente per innescare problemi nei conigli al caldo, mentre invece i

conigli esposti ad un certo livello di freddo sviluppavano gravi lesioni reumatiche solo se pre-trattati con quelle tossine dentali.

**Se ne deduce che stress ambientali di varia natura si aggiungono allo stress da denti devitalizzati così che producono sintomi, quando la somma dei contributi da stressori multipli supera una certa soglia.** Affrontare un solo elemento della somma, di quelli più grossi, è sufficiente per far rientrare i sintomi.

La citazione di Price nell'introduzione di questo manuale sottolinea che le condizioni di salute del paziente sono forse l'indicatore più preciso che abbiamo del suo stato di tolleranza verso i denti devitalizzati. Se uno non sta bene, neanche lo stato di salute dell'osso è buono ed in grado di fare da baluardo difensivo di infezioni o necrosi adiacenti a denti.

Hussar scrive: "In un'era in cui la malattia cronica sta rapidamente sorpassando la capacità della medicina moderna di affrontarle, sembra logico attingere alla corretta bonifica chirurgica dei denti devitalizzati coinvolti e delle lesioni osteomielitiche della mandibola, per estirpare le condizioni croniche che questi generano".

A questo punto non è più un mistero il fatto che i denti devitalizzati e le osteiti sottostanti diventano campo di caccia fondamentale per i medici che guariscono malattie croniche degenerative.

Un altro esempio è quello di una famiglia con cinque sorelle che fecero da infermiere a loro padre durante una lunga malattia fino alla morte per anemia perniciosa. I problemi dell'uomo erano iniziati a partire dalla morte della moglie. Le ragazze emotivamente provate per la sofferenza del padre svilupparono tutte una qualche condizione reumatica: reumatismo (due di esse), una condizione cardiaca (due di esse), nevrite (una di esse). All'esame della bocca Price trovò denti devitalizzati coinvolti **e la successiva estrazione apportò la guarigione dalle patologie di tutte e cinque.**

Il messaggio è che lo stress emotivo aveva indebolito il loro sistema immunitario in modo tale che non poteva più far fronte ai batteri che si nascondevano nei denti.

Nelle persone che soffrono un grave incidente d'auto, da caduta o altro trauma fisico grave, un picco di prestazione è richiesto al sistema immunitario per far recuperare in fretta. Le persone con cure canalari, dice Price, sono quelle che in questa situazione hanno tempi di recupero più lenti del previsto. L'evento del trauma fisico può rappresentare quella fase di depressione acuta del sistema immunitario che fa sì che l'infezione fino ad allora silente derivante da un dente devitalizzato si manifesti apertamente e abbia campo libero.

I batteri che viaggiano attraverso il flusso sanguigno nel corpo hanno capacità insospettite di scoprire quale è il punto più debole da scegliere come propria residenza, il punto dove avviene l'attacco cruciale e insorge la patologia.

Quello che avviene è che nel punto più debole dell'organismo finirà per esserci un sovraccarico di assorbimento delle tossine prodotte dai batteri ed è lì che, quando le condizioni sono propizie per lo spostamento anche dei batteri, questi sentiranno il suono dell'adunata.

Price descrive il caso di una 20enne, che "aveva problemi mestruali tali che doveva passare a letto parecchi giorni in corrispondenza del ciclo. La sua salute fisica e mentale stava progressivamente deteriorando. L'anamnesi rivelò che cinque anni prima era stata colpita da una palla da golf all'ovaia sinistra. L'evento era stato di lieve entità, senza strascichi di sorta e il fastidio dell'urto era durato davvero poco. Oltre alla condizione mestruale, la giovane soffriva di una condizione nervosa acuta che coinvolgeva la respirazione ed era seguita da insensibilità e da grave dolore alla parte posteriore del collo che peggiorava all'inizio dei cicli mestruali. Nella bocca c'era un dente devitalizzato (molare inferiore) che alla radiografia mostrava una larga infezione e due denti devitalizzati incisivi che sembravano invece impeccabili. Con la rimozione del molare la giovane migliorò notevolmente, ma dopo alcuni mesi la sua salute divenne compromessa di nuovo. Dopo la rimozione dei due denti devitalizzati frontali riguadagnò peso e i suoi disturbi fisici e mentali migliorarono nettamente. Colture derivate da questi due denti servirono per inoculare quattro conigli femmina e due conigli maschio. Le quattro conigliette svilupparono tutte infezione acuta alle ovaie e l'apparato riproduttivo; i conigli maschi rimasero in buona salute. L'estrazione produsse un cambiamento così grande nello stato di salute della ragazza che la madre disse che ora era una persona del tutto nuova, diversa da prima sia mentalmente che fisicamente. Ovviamente non ci furono ricadute dei disturbi mestruali e relativi dolori".

Uno studio condotto da Price in cinque ospedali rivelò che le persone che accusavano evoluzioni gravi post-influenzali erano quelle che avevano infezioni ai denti devitalizzati. Anche gli esperimenti su conigli furono in grado di mostrare che una polmonite normale diventava una grave polmonite stafilococcica con conseguenze molto più pesanti se si aggiungeva lo stress da esposizione a stafilococchi da denti devitalizzati.

L'organismo è uno, i campi di disturbo si sommano. Mauro Novelli, medico di Viterbo, mi scrive della sua vicenda: aveva ottenuto la risoluzione di molti sintomi con la rimozione dell'amalgama, tensione emotiva, stanchezza fisica profonda, disbiosi, mal di testa, poi... "Giugno 2003: **metto un perno in titanio** in una radice dentale e rivedo comparire l'ansia e i mal di testa di antica memoria e una dermatosi sul cuoio capelluto fronto-parietale omolaterale. Dopo una settimana la dentista deve ricredersi e toglie il perno in titanio. L'ansia scompare immediatamente e la dermatosi se ne va via in 24 ore".

A questo proposito un esempio perfetto è quello di una 39enne che si rivolge all'associazione vittime dell'amalgama per sapere dove fare la rimozione protetta. Legge la documentazione sulla tossicità dell'amalgama e, volendo fare il meglio per preparare l'intestino alle manovre di rimozione amalgama, prima e durante il periodo di rimozione sospende il consumo di latticini, di glutine e con il magnesio cloruro segue le indicazioni del libro di Raul Vergini. Ha la leucemia T- LGL (caratterizzata da una diminuzione dei neutrofili che, invece di valori normali intorno a 2000/ul, crollano a livelli inferiori a 500). Da novembre 2002 a marzo 2003 toglie 5 otturazioni in amalgama, all'incirca una al mese. I neutrofili, alla rimozione della prima amalgama, da 400 che erano sono subito raddoppiati; alla rimozione della seconda amalgama sono saliti a 1100, e con la rimozione dell'ultima amalgama sono saliti a 1400. L'effetto della rimozione era immediato, ogni volta c'era il fenomeno dello sbalzo in su dei valori dei neutrofili e aggiunge la donna, "per la prima volta da anni ho passato indenne i mesi freddi dell'anno senza ammalarmi mai di infezioni di alcun tipo". La sento di nuovo al telefono tre mesi dopo aver terminato la rimozione, mi dice che i valori dei neutrofili sono peggiorati, scendendo a 1100. Mi dice che ha ripreso a consumare glutine.

Legge il mio manoscritto "mal di glutine.doc", sospende di nuovo il glutine e dopo due mesi i valori dei suoi neutrofili hanno raggiunto quota 1600. Per nove anni aveva avuto la malattia e i neutrofili sotto i 500!

Un altro campo di disturbo era uno scheletrato nichel-cromo che le provocava continuo arrossamento alla gengiva e che periodicamente ogni 4-5 giorni doveva togliersi per ottenere sollievo.

Non ho (!...) un manoscritto sul nichel-cromo, ma è evidente che a questa persona manca completamente il concetto di campi di disturbo che si sommano!

La signora all'inizio aveva capito: "l'amalgama causa la leucemia", perché aveva letto dei casi del dr. Huggins che erano guariti, ma davanti al miglioramento per la sospensione del glutine o al miglioramento per l'eliminazione del nichel-cromo è rimasta un po' esterefatta. Le sue vicende le hanno dato la possibilità di capire che era il riempimento o lo svuotamento del bagaglio "totale" di stressori multipli di varia entità che causava o guariva qualcosa. Se non si vede il terreno biologico che è uno, e gli stressori che sono multipli, si arriva facilmente a conclusioni incomplete, sbagliate e anche paradossali.

E' la somma che fa il totale. Nei casi più semplici, per arrivare alla guarigione, basterà tener conto solo di uno dei vari contributi dell'equazione totale.

Nei casi più impegnativi sarà utile una conoscenza di tutti i fattori principali di disturbo (cosiddette "zavorre") e una bonifica contemporaneamente su tutti questi fronti coinvolti.

Ad un certo punto il concetto di campi di disturbo multipli che si sommano in un unico "terreno biologico" deve essere balenato a questo gigante che è Weston Price ed ha provato a misurare le varie entità di disturbo.

Ci sono dei conigli che se subiscono una stimolazione antigenica nociva ma solo per breve tempo sviluppano una condizione di paralisi della prima vertebra da cui però recuperano e vivono una vita del tutto normale e sana di lì in poi. Questo indebolimento di cui apparentemente le cavie si erano, per così dire, "dimenticate" (perché stavano bene) faceva però la differenza quando si aggiungeva un certo livello di esposizione a batteri da denti devitalizzati.

Le cavie pre-trattate potevano collassare fisicamente nell'esperimento a dosi che non procuravano effetti negativi a cavie non pre-trattate.

Price aveva a disposizione conigli indeboliti da esposizione a batteri da denti devitalizzati, poi c'erano conigli indeboliti da stimolazione antigenica nociva (equivalente della vaccinazione): se manteneva basse abbastanza le dosi dell'insulto tossico, aveva animali apparentemente sani ma pre-trattati e pronti a collassare prima dei conigli non trattati.

Se a queste stimolazioni che non producevano apparentemente effetti nocivi visibili si aggiungeva la gravidanza, il risultato era che l'indebolimento cumulativo diveniva clinico. La patologia insomma veniva creata come somma di tre sovraccarichi ambientali o metabolici.

L'impegno della gravidanza è come se sottraesse all'organismo risorse che prima potevano essere impiegate per "arginare" il campo di disturbo del dente devitalizzato.

Un caso clinico presentato nel libro di Price è quello di una giovane con uno stato di salute apparentemente sopra la media che divenne madre. Durante l'allattamento la 22enne sviluppò un grave reumatismo. Un paio di denti devitalizzati infetti furono rimossi e il reumatismo immediatamente migliorò fino a scomparire.

Gli studi di Price, poco prima che egli partisse per studiare i popoli primitivi, avevano messo a confronto animali alimentati scorrettamente e animali alimentati correttamente e dimostrarono che, esponendo entrambi allo stesso grado di infezione dentale, cronica o acuta, i secondi avevano una maggiore resistenza, che si traduceva in sopravvivenza maggiore e problemi di salute di minore entità rispetto ai primi.

### **ogni estrazione di dente crea una cavitazione, a meno che...**

Thoma [1934], oro-patologo particolarmente famoso e fondatore della American Academy of Oral Pathology, fu uno dei primi a correlare l'osteonecrosi maxillo-facciale con vecchi siti di estrazioni dentali.

Una segnalazione davvero ampia e documentata ci viene poi da R.M. Box [1955] con le migliaia di siti di estrazioni dentali, da lui catalogati in un trentennio di pratica medica, dove egli trovava ossa ricresciute a gruviera (vacuolate).

Una cavitazione è una struttura porosa dell'osso causata dall'estrazione di un dente.

Nel momento dell'estrazione di un dente il periodonto (che era l'ammortizzatore tra dente e mascella) non ha più ragione di esistere. Deve essere rimosso, perché non facilita certo la corretta ricrescita dell'osso.

E anche il primo millimetro di osso, morto, devitalizzato, compromesso da grosse concentrazioni di metaboliti tossici o microrganismi anaerobici, deve essere rimosso. Altrimenti ci aspettano sicuramente "cavitazioni", ovvero riformazione ossea intralciata.

La "cavitazione" è un buco o serie di buchi nell'osso che non può essere rilevato mediante ispezione visiva. Bob Jones, l'inventore di uno strumento ad ultrasuoni utile a rilevare e digitalizzare cavitazioni (il "Cavitat"), ha trovato cavitazioni di varie dimensioni e gravità in circa il 94% di parecchie migliaia di siti da cui erano stati estratti i denti del giudizio. Egli ha anche trovato cavitazioni sotto, o situate nei pressi di, quasi il 100% dei denti devitalizzati.

Questa formazione cavitazionale non ha effetti immediati, ma ad orologeria (a distanza di decenni, in particolare nei momenti di difficoltà del paziente), diventa focus attivo come osteite.

**L'esperienza clinica mostra che a volte è difficile per molti pazienti disintossicarsi con successo dal mercurio nel corpo fino a quando le osteiti o le cavitazioni non sono bonificate chirurgicamente.**

A partire dagli anni Novanta numerosi autori hanno affrontato questi temi, Bouquot e Dauderer in prima fila. Scrive Shankland [2002]: "Sebbene per decenni l'insegnamento universitario sia stato quello di ripulire per bene l'alveolo dopo che è stata effettuata un'estrazione dentale, la pratica comune è tutta l'opposto. I dentisti così facendo lasciano cavitazioni nel 95% dei casi delle estrazioni dentali".

Scrive Huf [1999]: "Ogni operatore che lavora con l'EAV conosce la frequenza dell'osteite persistente post-estrazione che secondo la mia esperienza è da considerare intorno al 65%. Raramente questi foci odontogeni sono la causa prima di una malattia, tuttavia quasi sempre funzionano da blocco, nel senso di una limitazione delle capacità di regolazione".

Il dottor Richard Hansen, autore di "Root canals, cavitations and bone diseases", spiega che anche dopo aver estratto i denti devitalizzati **l'osso può non guarire mai correttamente dal suo stato necrotico e infetto** e continuare a richiedere chirurgia correttiva per rimuovere le cavitazioni che si formano a causa del suo stato di cattiva vitalità e patologia ischemica. Per cui egli invita a prendere tutte le misure necessarie perché l'organismo possa prendersi cura di un osso così martoriato, migliorare il sistema linfatico, migliorare la circolazione e l'afflusso sanguigno all'osso.

Il successo della rigenerazione dipende molto, oltre che dalla giusta procedura chirurgica che elimina per quanto possibile gli ostacoli alla ricrescita (secondo quanto già proposto nel 1935 da G.V. Black, cioè l'azzeramento di queste cavità ossee mediante uso di apposita fresa), anche dalla capacità di guarigione del singolo organismo.

Nell'introduzione di "Le radici della malattia: tra odontoiatria e medicina" [(solo in inglese), Xlibris Corp., ISBN 1-4010-4895], il Dr. Robert Kulacz scrive: "Questo libro è stato scritto perché era necessario che fosse scritto. Un contributo tremendo alla progressione di innumerevoli malattie degenerative era già stato dato dalle silenti infezioni che l'interno di ogni dente devitalizzato ospita in pianta stabile. Ma poi la maggior parte degli individui che hanno avuto denti estratti, specialmente denti del giudizio o molari, rimangono con aree mascellari gangrenose (cavitazioni), che pure hanno a che fare con lo stato futuro o presente di salute. La tossicità delle cavitazioni è in generale meno eclatante di quella dei denti devitalizzati, ma ancora più epidemica. Anche se avete estratto tutti i denti, molto probabilmente la tossicità è rimasta nella forma di ossa ischemiche nelle mascelle e la percentuale quasi assoluta dei dentisti non ne sa niente".

Uno studio di autopsie di Graff-Radford ha rivelato che questo fenomeno delle cavità ossee sparpagliate in varie zone a livello mascellare è epidemico.

Il dottor Christopher J. Hussar scrive: "Per quanto riguarda le cavitazioni, negli ultimi sei anni ho trattato chirurgicamente con il relativo protocollo di bonifica centinaia e centinaia di pazienti; è stupefacente come numerose diverse forme di malattia cronica rispondano favorevolmente quando si vada ad intervenire in questo modo. Man mano che altri medici e dentisti scopriranno la questione delle cavitazioni e i vantaggi per la salute del paziente del loro

opportuno trattamento chirurgico, le vite di migliaia e migliaia di individui che soffrono dolori e malattie croniche verranno liberate da buona parte della sofferenza”.

Comunque, a parte Hussar, Huggins e pochi altri autori, il medico che anche volesse andare ad identificarle, si trova impossibilitato a chiedere all'ortopantomica un supporto visivo per queste bolle di vuoto in un osso tridimensionale che viene appiattito da una rappresentazione bidimensionale su lastra. Anche bolle grandissime risultano pressoché invisibili.

Sebbene ci siano dei dispositivi (Cavitat, MRI o EDS) per cercare di percepire meglio le cavitazioni nelle varie aree mascellari, nemmeno questi sono chiarissimi. Nella pratica, la bonifica dentale prevede sempre lo step di andare a fare un controllo di tutti i siti estrattivi scavando per 4 millimetri dalla cresta con una piccola fresa ( #10 bur) a palla di tungsteno. Questa escursione esplorativa è effettuata per tutti i vecchi siti dove sono stati estratti denti. Lo svantaggio è che se ci sono grotte ossee a profondità maggiori, esse non verranno notate. Comunque è esperienza comune che i primi millimetri dove c'è stata ricrescita ossea dopo l'estrazione dei denti sono quelli molto più spesso coinvolti.

Bisogna tenere presente la storia passata dei denti (amalgama, infezioni nascoste, devitalizzazioni, etc.) e lo stato della gengiva. Utile qualche valutazione specifica con Vega test.

#### **protocollo per un'estrazione dentale**

adattato da “Meinig G., “Root Canal Cover-Up” [1994].

Dopo l'estrazione del dente viene eseguita **la rimozione di tutto il periodonto sottostante** e il fresaggio della cavità ossea sottostante, in modo da rimuovere **uno strato osseo di un millimetro** (l'area ossea apicale sarà particolarmente compromessa). La fresa da usare è quella apposita per il fresaggio dell'osso, cioè una fresa a bassa velocità con una palla grossa.

Una mini-siringa (12 cc) con un becco di plastica curvo (monoject 412) e una soluzione salina sterile vengono usate per irrigare la cavità durante le operazioni di incisione, in modo da rimuovere più facilmente i detriti ossei e periodontali man mano che vengono incisi via.

Nella cavità dentale, dopo che è stata così trattata, si inserisce una goccia di **procaina** (un anestetico locale non vasocostrittore); si danno trenta secondi di tempo a questa applicazione di procaina, poi si aspira dolcemente in modo da rimuovere l'80% circa della procaina che ancora si pesca nella cavità, in modo che una parte della cavità ancora rimanga coperta con uno spesso strato di procaina.

Questo step della procaina contribuisce a resettare le cellule in modo da incoraggiare l'azione osteoblastica (ricrescita) e la guarigione ossea.

Alcuni dentisti ritengono che l'uso di antibiotici sul sito trattato avrebbe l'effetto opposto, quello di bloccare la ricrescita e corretta rigenerazione dell'osso, ma questa possibilità deve ancora essere comprovata con dati.

#### **ricapitolo dei protocolli e da chi andare**

*i denti devitalizzati:* una volta che il dottor Huggins aggiunse la loro estrazione alla bonifica dell'amalgama nei pazienti con malattie gravi, vide che ciò gli dava un impatto immediato ancora più positivo per lo stato di salute rispetto alla sola rimozione dell'amalgama. Poi però osservò che c'erano alcune ricadute a distanza di qualche mese.

*usare la fresa a palla sull'osso dopo l'estrazione dei denti devitalizzati:* Una cavitazione è una struttura porosa dell'osso causata dall'estrazione di un dente. Il protocollo per prevenire le cavitazioni sui siti di estrazioni dentali era già stato descritto da numerosi autori per cui Huggins si convinse a dare loro ascolto. Così facendo, Huggins otteneva un'incidenza di guarigioni di gran lunga maggiore.

*non usare vasocostrittori:* nell'estrazione dei denti, in particolare quelli del giudizio, dei vasocostrittori sono aggiunti spesso all'anestesia, con l'intenzione dichiarata di bloccare il rifornimento sanguigno all'alveolo dentale e la gengiva

affinché gli effetti dell'anestetico siano prolungati e il sanguinamento ridotto. Bisogna invece assicurarsi che il dentista **non usi queste iniezioni** di anestetico **che contengono vasocostrittori** (es. epinefrina o adrenalina), perché l'effetto vasocostrittore aumenta la probabilità che l'intervento inneschi fenomeni che portano ad osteonecrosi (cavitazioni post-estrazione).

Si può al contrario immettere dopo l'estrazione una goccia di procaina, che ripolarizzando le cellule incoraggia la corretta rigenerazione ossea.

sedazione cosciente + flebo di vitamina C: questo protocollo ha dato le percentuali di successo più alte ad Hal Huggins in caso di pazienti debilitati. Non si usano iniezioni sulla mascella di anestetico, ma sedazione cosciente. Tutti gli interventi estrattivi sono effettuati nella stessa seduta. Con ogni altra tecnica, l'organismo è troppo debilitato per sopportare più di due estrazioni per volta. Con questa, l'organismo può benissimo sopportare tutti gli interventi in una volta sola.

bonifica del sito estrattivo a distanza di un anno: dopo l'estrazione, l'osso spurga e mobilita per quel che può tossine e parti degenerate. Questo fenomeno si blocca però nell'arco di 3-9 mesi (a seconda della vitalità disponibile a quell'organismo). La traslocazione delle impurità verso la superficie ha creato un focus mascellare nuovo di zecca. Questo ha rilevanza clinica, come un dente devitalizzato o un focus attivo di osteonecrosi mascellare. La clinica ha insegnato ai vari autori, in particolare Dauderer, che per sbloccare ricadute del paziente bisogna, dopo un anno, andare a riaprire e ripulire chirurgicamente il sito coinvolto. Questa procedura può essere ripetuta, se necessario anche due o tre volte a distanza di tempo.

Citazioni: "Se dopo la rimozione del dente/focus dentale, come descritto sopra, i sintomi diminuiscono o scompaiono e poi riappaiono dopo qualche tempo (3, 6 o 12 mesi dopo), allora la vecchia ferita deve essere riaperta e ripulita di nuovo" [Dauderer 2001].

Scrivo Ellen Carl su Heavy Metal Bulletin (1999, vol.1, p.23): "Dopo le estrazioni, ho già avuto tre interventi di chirurgia sulla mandibola e probabilmente ne saranno necessari ancora altri. L'organismo ha bisogno di liberarsi dai tessuti malati".

Hulda Clark [2002]: "In seguito all'estrazione del dente coinvolto con il corretto protocollo, potreste aspettarvi che un frammento osseo faccia di tanto in tanto la sua comparsa. Mentre il frammento si libera e cerca faticosamente di uscire, è accompagnato da ricadute contemporanee a sintomi locali. Tornate allora dal dentista. Se non lo fate rimuovere, potrebbe diventare causa di dolore in qualsiasi parte del vostro corpo".

bonifica delle cavitazioni: Sebbene ci siano dei dispositivi (Cavitat, MRI o EDS) per cercare di percepire meglio le cavitazioni nelle varie aree mascellari, nemmeno questi sono chiarissimi. Nella pratica, la bonifica dentale prevede sempre lo step di andare a fare un controllo di tutti i siti estrattivi scavando per 4 millimetri dalla cresta con una piccola fresa (#10 bur) a palla di tungsteno.

Questa escursione esplorativa è effettuata per tutti i vecchi siti dove sono stati estratti denti. Lo svantaggio è che se ci sono grotte ossee a profondità maggiori, esse non verranno notate. Comunque è esperienza comune che i primi millimetri dove c'è stata ricrescita ossea dopo l'estrazione dei denti sono quelli molto più spesso coinvolti.

La lettura di cavità ossee grazie all'ortopantomica è un'impresa in cui pochi si sono lanciati e hanno familiarità. Citerò Dauderer, Huggins e Hussar. Tutti gli altri dentisti, se non specificato diversamente, non la fanno questa caccia alle cavitazioni mediante l'ortopantomica (perché presenta troppe difficoltà). Huggins scrive che "bisogna usare anche l'immaginazione, per visualizzare le cavitazioni", ma una volta presa la mano le si inizia a "vedere" e ciò trova conferma nel momento in cui uno va con la fresa ad abatterle. Un altro che riesce a leggerle mi risulta sia il Dr Kreger (Monaco). Un altro ancora, ma che non ho conosciuto, mi dicono è il Dr Hempleman (Cannes).

Potete fare un tentativo per cercare di "vedere" queste cavitazioni, o meglio imparare a cercarle sulla vostra lastra, dando un'occhiata su:

<http://www.maxillofacialcenter.com/indexNICO.htm>

<http://www.maxillofacialcenter.com/NICO/albums/homealbums.htm>

Si tratta di una carrellata di foto che si occupa dell'osteonecrosi e che dimostra che il fenomeno è più comune e più drammatico di quello che saremmo portati a pensare dalle osservazioni cliniche.

Per quanto riguarda le infezioni in aree mascellari, che richiede a volte anche l'estrazione di denti non devitalizzati, ci sono più di 300 lastre analizzate sul sito di Dauderer: [www.toxcenter.de](http://www.toxcenter.de)

Si tratta di lastre di pazienti guariti solo grazie alla bonifica dentale dauderiana. Si tratta di lastre in cui quello che Dauderer dice è supportato da analisi tossicologiche dell'osso e dei denti!

#### da chi andare

L'ideale sarebbe un dentista informato sulla possibilità di osteonecrosi mascellare nei pazienti con malattie degenerative croniche. Idealmente questo dentista non fa più devitalizzazioni di denti (ancora non ne ho conosciuto in Italia). Idealmente il dentista dopo l'estrazione dentale, dopo aver raschiato con un ferro, usa la fresa a palla per rimuovere almeno il primo millimetro di osso. Il dentista ideale sa, proprio come il paziente che gli sta chiedendo l'estrazione dentale, l'importanza fondamentale di questa scelta.

Grazie alla divulgazione e le migliaia di pazienti del Dr Huggins e della d.ssa Clark, di dentisti di questo tipo se ne trova un certo numero oltreoceano. Grazie alla divulgazione e le migliaia di pazienti di Dauderer, Rau e Klinghardt, qualche dentista così lo troviamo oltreconfine. Dò qualche indirizzo.

#### NORD AMERICA

( → **dentisti che applicano il protocollo Huggins, avendo lavorato con lui** ): Michel (Puerto Vallarta, Mexico), Nunnally (Marble Falls, Texas), Huggins (Colorado), Benoit (Montreal, Canada)  
( → **altri autori su cavitazioni** ): Hussar (Nevada), Shankland (Ohio), Meinig (California),  
( → **dentisti che lavorano con i protocolli Hulda Clark** ): Arechiga (Tijuana), Solario (Tijuana), Hernandez (Tijuana), Lagos (Tijuana), Volley (Tijuana), Morales (Tijuana)

#### EUROPA

( → **dentisti che conoscono la problematica delle osteonecrosi mascellari, delle cavitazioni e dei denti devitalizzati, problematica appresa da Dauderer ma applicata oggi da loro con vari gradi di compromessi** ): Kreger (Monaco), Lechner (Monaco), Tapparo (Monaco), Kunz (Hannover)

( → **osteonecrosi mascellari, denti devitalizzati e cavitazioni bloccano nel paziente con malattie gravi il sistema di regolazione di base, secondo la scuola di Thoms Rau** ): Rau alla Paracelsus Klinik (Svizzera)

( → **riferimenti in Europa della Clark o altri** ): Kübler (Waldshut, in Germania), Gerber (Belp, in Svizzera), Dietrich (Lugano), Hempleman (Cannes)

**ANALISI (dei microrganismi patogeni in denti devitalizzati e cavitazioni)**: Bouquot (West Virginia), Haley (Kentucky), Tox Labor Bremen (Germania)

- indirizzi NORD AMERICA, dentisti "Huggins" :

La bonifica dei dentisti "Huggins" consiste nel togliere tutti i denti devitalizzati e intervenire sempre anche su siti di vecchie estrazioni dentali con una escursione esplorativa. Ci sono poi supporti all'estrazione, tipo sedazione cosciente, flebo di vit.C, etc.

Dr. **Adan Michel**, tel. 0052 322 224 9761 email: [pv\\_drmichel@yahoo.com](mailto:pv_drmichel@yahoo.com)  
Puerto Vallarta, MEXICO (spagnolo ed inglese)

*lavora con il protocollo di Huggins, con il quale ancora collabora.*

Dr. **Stuart Nunnally**, tel. 001 830 6933646 fax: 001 830 6934061 email: [kbiggers@dentrevision.com](mailto:kbiggers@dentrevision.com) oppure [vhutchinson@dentrevision.com](mailto:vhutchinson@dentrevision.com) (inglese)  
Marble Falls, Texas, USA

*lavora con il protocollo di Huggins, con il quale ancora collabora.*

Dr. **Hal Huggins**, 5080 Lift Drive, Colorado Springs, CO 80919. tel. 001 719 593 9616, fax 001 719 548 8220 [email @ hugnet.com](mailto:email@hugnet.com) , [info @ hugginsappliedhealing.com](mailto:info@hugginsappliedhealing.com) , [Rachel @ drhuggins.com](mailto:Rachel@drhuggins.com) (inglese) web: [www.hugnet.com](http://www.hugnet.com)  
*per chi non parla inglese, chiedere info anche ad antonietta ([ivanobagatella @ virgilio.it](mailto:ivanobagatella@virgilio.it) ) .*

Dr. **Carl Benoit**, 4571 rue Sherbrooke, Westmount, Quebec, H3Z1E9 Montreal, CANADA  
tel. 001 514 934 0222 [info @ drkarlbenoit.com](mailto:info@drkarlbenoit.com) (parla francese, inglese, mentre la segretaria, Anna, parla italiano)

*Applica il protocollo Huggins per cavitazioni, denti devitalizzati, test di biocompatibilità (ma nella rimozione amalgama non disincastona).*

- [indirizzi NORD AMERICA, altri autori su cavitazioni:](#)

Dr. **Wesley E. Shankland**, 158-A Commerce Park Drive, Westerville, Ohio 43082, USA  
tel. 001 614 794 0033 , fax : 001 614 794 2291

*la diagnosi delle cavitazioni qui ha raggiunto livelli supremi. Anche il trattamento ovviamente. Basti pensare che i dentisti di Huggins o della Clark di solito fanno per una chirurgia esplorativa sistematicamente di ogni sito di vecchie estrazioni dentali, mentre questi qui sanno esattamente prima di aprire la gengiva, grazie a MRI STIR, CAVITAT, speciali TAC, etc., dove troveranno problematiche.*

Dr. **Christopher Hussar**, Reno, Nevada, USA.  
tel 001 707-826-1200 fax---3001

*l'esperienza clinica e i mezzi a disposizione anche qui danno garanzie di trattamento di prima classe nella bonifica della bocca..*

Dr. **Jerry Bouquot**, 165 Scott Avenue, Suite 100, Morgantown, WV 26508, USA - email: [MFCenter@aol.com](mailto:MFCenter@aol.com)

*anche questo studio trabocca di esperienza, tecnica e mezzi a disposizione nella bonifica di denti devitalizzati e cavitazioni.*

Dr. **George Meinig**, PO Box 10, Ojai, California 93024  
tel: 001 805646 2865, fax---1506

- [indirizzi NORD AMERICA, dentisti "Hulda Clark"](#)

I seguenti dentisti, che collaborano con la d.ssa Hulda Clark, sono in buon accordo con Huggins sui protocolli per estrazioni di denti devitalizzati e bonifica di cavitazioni, in occasione dei quali si sostiene la reazione all'intervento con flebo di vitamina C, "sedazione cosciente", magnetoterapia, massaggi, etc ., test di biocompatibilità dei materiali.

Dr. **Benjamin Arechiga**, tel.: 0052 664- 6829465 e 0052 664- 6829464 fax: 0052 664- 9730046  
web: [www.biodentistry.net](http://www.biodentistry.net) email1: [info @ BioDentistry.net](mailto:info@BioDentistry.net) email2: [oim @ teleserviz.com](mailto:oim@teleserviz.com)

*I prezzi sono letteralmente bassi, i protocolli di bonifica delle osteonecrosi sono i migliori di tutti. Ha lavorato con la Hulda Clark, Huggins, Morales, Hernandez.*

Odontologia Integral de Mexico  
Josefa Ortiz de Dominguez #1310 (2nd floor)  
Zona Del Rio  
"Plaza Santa Fe"  
C. P. 22320 Tijuana, B.C. MEXICO

Dr. Benjamin Arechiga  
Paseo Centenario 10310-302  
Zona del Rio,  
Tijuana, B.C. MEXICO

email3: [info @ bajadentistry.com](mailto:info@bajadentistry.com)

Send your Panoramic Xray via e-mail/fax marked for Dr. Benjamin Arichega's attention.

Also indicate that you are interested in having the full dental revision done according to Dr Hulda Clark's protocols.



Dr. **Oscar Solario**, tel. 0052 6646- 853- 973 fax: 0052 6646- 852- 449

Consultorio Dental Solorio Valdivia  
Avenida 5 de Mayo 964  
Zona Centro  
Tijuana, MEXICO

Dr. **Javier Morales**, tel. 0052 664- 688- 3248 e 0052 664- 688- 3242 fax: 0052 688- 685- 3457 appuntamenti (Torrie): [aharleygyrl @ icqmail.com](mailto:aharleygyrl@icqmail.com) web: [www.bikerchick.freehomepage.com/about.html](http://www.bikerchick.freehomepage.com/about.html)

6th #1217 (& Mutualismo) Zona Centro,  
Tijuana, MEXICO

Dr. **Juan Carlos Hernandez**, tel. 0052 6646- 963- 716

Allen Lloyd Building

.. ..  
Tijuana, MEXICO

*ha lavorato per 6 anni secondo Huggins sotto la direzione del dr. Morales. Ha anche lavorato come dentista della d.ssa Hulda Clark tra il 1995 e 1996.*

Dr. **Ezequiel Lagos**, fax: 0052 664- 680- 2386 email: [drlagos @ cox.net](mailto:drlagos@cox.net)

Center for Biological Dentistry  
680 Calle Cantera Playas  
Tijuana, MEXICO

web: [www.biologicaldent.com](http://www.biologicaldent.com) Cito: "Si effettua la -Total dental revision-, a seconda delle necessità del paziente e seguendo i protocolli descritti dalla Hulda Clark. Feel free to email me or call me".

Dr. **Erich Wolley**, tel. 0052 664- 634-6600 e 0052 664- 634-2595 appuntamenti (Julie): 0052 619- 628- 1161 fax: 0052 619- 628-1161 web: [www.wolleydds.com](http://www.wolleydds.com)

Calle Jose Ma. Velazco #2627, Suite 202  
Zona del Rio,  
Tijuana BC., MEXICO

- [indirizzi EUROPA, "scuola tedesca"](#)

Dr. **Karl-Heinz Zunk**, tel.: 0049 5374- 4565 fax: 0049 05374- 4584 kontakt @ zahnarztpraxis-zunk. de

*Il Dr Tommaso Herms, di Hannover, ( [praxis @ dr-thomas-herms.de](mailto:praxis@dr-thomas-herms.de) ), della scuola di Thomas Rau, collabora da molti anni continuamente e strettamente con questi due dentisti, marito e moglie, e ha controllato e revisionato i protocolli di bonifica osteonecrosi e denti devitalizzati.*

Dr. Karl-Heinz Zunk e Dr. Maike Finger  
In der Teichwiese 1  
38550 Isenbüttel  
GERMANY

Dr. **Johans Lechner**, tel. 0048 89- 693729 fax: 089 69372904 (parla tedesco, inglese)

Grunwalder Str.10a  
D-81547 Muenchen  
GERMANY

*Buona la bonifica di osteonecrosi e denti devitalizzati (ex allievo di Dauderer e Klinghardt). Secondo me però fa un po' troppi pasticci con tanti rimedi vari.*

Dr. **Claus Kreger**, tel. 0049 89 842828, email: Dr.Kre-ZA @ telemed. de (parla tedesco, inglese)

82110 Waldhornstr. 5  
Germering (GERMANY) (dalla stazione centrale di Monaco di Baviera si prende un treno-navetta, S5, dopo 12 minuti si scende ad Halthaus: la strada dove è Kreger è a 100 metri dalla fermata del treno).

*Io sono andato da lui per farmi estrarre dei denti. Ottimo se chi va da lui ha già deciso quali denti estrarre. I denti da estrarre sono di tre tipi: quelli devitalizzati, i denti del giudizio, infine quei denti vivi che hanno infezioni nell'osso sottostante. Come legge con competenza Kreger le osteiti dalle ortopantomie non ne ho visto nessun altro. Era stretto collaboratore di Dauderer fino al 2001 (cioè fino a quando il tossicologo è andato in pensione). Però non faccio riferimento a lui per la rimozione protetta dell'amalgama che (mi dicono) non va tanto bene.*

Dr. **Ottaviano Tapparo**, tel.: 0049 89 48004597 fax: 0049 89 48004598 dr.Tapparo@t-online.de  
web: [www.tapparo.de](http://www.tapparo.de) (parla tedesco, italiano, inglese)

RosenheinerStrasse 46  
81669 Muenchen GERMANY

*iper-costoso e secondo me usa rimedi costosi inutili. Sempre secondo me, era più affidabile con le bonifiche di osteiti quando Dauderer non era andato in pensione.*

Dr **Thomas Rau**, c/o Paracelsus Klinik, tel: 011 41 71 335 7171 , fax: 011 41 71 335 7100  
<http://www.paracelsus.ch>; [info @ paracelsus.ch](mailto:info@paracelsus.ch)

*se andate in questa ipercostosa clinica privata per pazienti terminali che vogliono guarire, andateci da pazienti esterni (non in ricovero), e andate direttamente dal dentista della clinica per le bonifiche (evitando così spese di terapie di altro tipo, seppur buone, costosissime).*

- [indirizzi EUROPA, dentisti Clark o altri](#)

I prossimi tre dentisti risultano raccomandati dal sito web della Hulda Clark per l'Europa, ma non ho assolutamente altre notizie su di loro :

Dr. med. dent. **Kübler** tel. 0049 77511000  
St. Blasienstrasse 12  
79761 Waldshut GERMANIA

*Il Dr. Kübler è un dentista olistico e conosce molto bene la cura dentale secondo la Dr. Hulda Clark. I suoi prezzi sono modesti e il lavoro di alto standard.*

Dr. med. dent. **Samuel Gerber** tel. 0041 318192096  
Belpbergstrasse 1b  
3123 Belp SVIZZERA

*Il Dr. Gerber è un dentista olistico. Usa anche la biorisonanza per testare i materiali. Conosce la cura dentale secondo la Dr. Hulda Clark che applica su richiesta.*

Dr. med. dent. **Herbert Dietrich** tel. 0041 919663636

via Tesserete 51  
6900 Lugano SVIZZERA

*Il Dr. Dietrich è un dentista olistico e conosce molto bene la terapia Clark. Parla italiano*

**Dr. Robert Hempleman**, tel. 0033 4- 9338- 1083  
1 ave Anglais (corner 82 bd Carnot)  
Cannes FRANCE

Un riferimento su internet diceva che era esperto di cavitazioni. Una d.ssa italiana mi scrive: “Qualche anno fa, mi recai a Londra nello studio del dott. Hempleman, che operava chirurgicamente sulle cavitazioni per curare le depressioni su pazienti che venivano da tutte le parti del mondo. Il mio stupore fu legato al fatto che radiograficamente io non riuscivo a vedere nessun tipo di alterazione a carico dell’osso, eppure in sede chirurgica la cavitazione era presente”. A parte questo non so niente più di lui. Non ho conosciuto suoi pazienti, quindi non so davvero nulla.

- analisi dei microrganismi patogeni in denti devitalizzati e cavitazioni

**Dr. Jerry Bouquot**, The Maxillofacial Center, 165 Scott Avenue, Suite 100, Morgantown, WV 26508, USA  
tel.: 001 304- 2924429, fax: 001 304- 2915149 email: MFC @ aol.com web: [www.maxillofacialcenter.com](http://www.maxillofacialcenter.com)  
(inviare i denti devitalizzati e le biopsie di osteonecrosi mascellare per una valutazione dei microrganismi patogeni)

**Dr. Boyd Haley**, Alt Bioscience, Dental division, 235 Bolivar Street, Lexington, KY 40508 (è possibile richiedere di testare denti estratti e lesioni ossee osteomielitiche rimosse) <http://www.altbioscience.com/> tel 001 866- 7679947

**Tox Labor Bremen** (Lavor ä rzte Drs Schiwara, Haverwende 12, D-28034 Bremen, Germany. tel 0049 421 20720)  
[www.toxcenter.de](http://www.toxcenter.de)

- situazione in Italia:

in Italia i dentisti biologici (persino quelli informati o che hanno avuto pazienti con esperienze di guarigioni per estrazioni di denti devitalizzati) hanno i seguenti problemi seri:

- manca loro un occhio esperto per la lettura mirata delle ortopantomiche;
- anche gli olistici, si rifiutano di credere nella rilevanza tossica determinante di denti devitalizzati e delle osteonecrosi mascellari;
- anche quando l'estrazione di denti devitalizzati sembra loro necessaria, hanno difficoltà a proporla;
- nell'estrazione del dente coinvolto, non applicano la fresatura del 1° millimetro di osso infetto (fresa a palla);
- il supporto alle estrazioni? “flebo di vit. C” oppure “sedazione cosciente” non si fanno in Italia. Questo potrebbe essere un problema, perché il momento dell'estrazione dei denti è delicato per un organismo già debilitato!

Il dentista italiano in ogni caso deve essere ben istruito dal medico funzionale. Se no' va a finire male.

Dentisti che si sono trovati di fronte a denti devitalizzati da estrarre sono stati Beckman e Barile (che però continuano a farne di devitalizzazioni), e Hemmerlig; riporto qui una testimonianza ciascuno.

Maria Grazia: «Il dottor Peter Schreiber che mi seguiva mi aveva spiegato che “per ogni blocco che pesa sull’organismo e che viene allontanato c’è una certa quantità di tossine che verranno liberate (perché l’organismo recupera fette di energia). Questa fu proprio la mia esperienza quando, nel novembre 2004, avendo fatto rimuovere uno di questi denti devitalizzati coinvolti presso il Dr. **Beckman**, ho avuto una reazione di eliminazione di tossine spaventosa quattro giorni dopo (agiscono da freno per i tentativi di guarigione), e da allora in poi si è normalizzata la funzione mestruale e finalmente molti benefici sono arrivati. Credo che se il dente focale non fosse stato individuato e tolto i passi in avanti cui aspiravo per la mia salute non sarebbero venuti in nessun altro modo».

Francesco: «Mi è stata diagnosticata la spondilite anchilosante e, dopo varie peripezie, mi è venuto in mente che un molare, il 26, devitalizzato 29 anni prima, potesse giocare un ruolo causale. Questo dente proprio di recente aveva avuto nuovi problemi ed era stato rifatto. Alla visita, il Dr **Barile** raccoglie l’anamnesi, l’ortopantomica, poi mi accompagna a fare il Vega Test. Lo strumento segnala la focalità con coinvolgimento di quello e anche l’altro dente devitalizzato;

nello specifico: pulpite gangrenosa, ciste radicolare e interessamento al processo infiammatorio delle vertebre lombodorsali e toraciche. Cercando conferma all'esito, il dr. Barile mi pratica delle iniezioni di procaina nei siti dentari interessati, chiedendomi se i dolori provati con la pressione delle dita, di un minuto prima, sulle vertebre toraciche sono ancora presenti: no, non c'è più dolore, la neuralterapia funziona. Di qui siamo arrivati alla conclusione di estrarre i due denti devitalizzati».

Angelo: «Dopo che ero stato all'ospedale per un mese e mezzo, e ogni terapia era stata tentata senza successo, i medici mi rimandarono a casa ormai paralizzato. Diagnosi: sclerosi multipla. Il mio per loro era un caso terminale. Fui dirottato da amici nello studio del Dr. **Hemmerlig**, dentista che rimosse l'amalgama e un po' di denti devitalizzati. Il risultato è stato miracoloso. Purtroppo però non era un miracolo, era la scienza del togliere denti cadaveri ormai compromessi e materiali tossici che sono il cuore delle attuali procedure "standard" dell'odontoiatria. Ho cercato di spiegare in giro la questione, nemmeno i medici dell'ospedale (che a distanza di qualche mese mi rividero sano come un pesce che facevo le scale insieme a loro) erano interessati a cosa realmente mi fosse successo. Non era un miracolo».