

16.1 Das Zahnstörfeld

Das dentale Herdgeschehen in biologisch-medizinischer Sicht

(Nach einem am 19. 9. 1958 gelegentlich des 15. Kurses für Naturheilverfahren in Freudenstadt gehaltenen Vortrag von Dr. Karl Windstosser; publiziert in: ZEITSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE HEILKUNDE UND FÜR DIE EINHEIT DER MEDIZIN. Organ der Aertlichen Gesellschaft für Hydrotherapie, Physiotherapie - Kneippärztebund e.V., Bad Wörishofen; Organ des Zentralverbandes der Aerzte für Naturheilverfahren, e.V., Stuttgart Organ der Aerzte-Gesellschaft für Naturheilverfahren, Berlin und Organ der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC) e. V., Hamm (Westf.); im Hippokrates-Verlag GmbH Stuttgart. 30.Jahrgang /15. Februar 1959/ Heft 3)

Das dentale Herdgeschehen ist unter der Vielgestalt einer verlorengegangenen Lebensordnung, wie Mesotrophie, Genußgiftmißbrauch, Haltungsfehler, Strahlungsschäden USW., einer der verhängnisvollsten, aber leider noch viel zu wenig beachteten physischen Krankheitsfaktoren. Wir sollten uns deshalb der vielen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer ganzheitlichen Medizin dem Zahnherd gegenüber besonders gewissenhaft bedienen. Er ist - vgl. Tabelle I - von erschreckender Häufigkeit, und es gibt nach dem heutigen Stand unseres Wissens keine Erkrankung und kein Leiden, das nicht irgendwie direkt oder indirekt damit zusammenhängen kann. Hierfür liegt eine solche Fülle von Beobachtungen und Veröffentlichungen vor, daß alle gegenteiligen oder bagatellisierenden Behauptungen ignoriert werden können und es sich für einen verantwortungsvollen Arzt nicht mehr um das "Ob", sondern nur noch um das "Wie" des Vorgehens handeln kann.

Was den Wirkungsmodus eines Fokus betrifft, so hat die vor nahezu hundert Jahren von T r o u s s e a u vorweggenommene, zu Beginn des 20. Jahrhunderts von den eigentlichen Begründern unserer heutigen Herdlehre: Gürich, Paessler, Rosenow und B i e l i n g vertretene Ansicht, es handle sich um eine kontinuierliche oder intermittierende Bakterienstreuung, heute nur bedingte Bedeutung. Unter der Ära der E h r l i c h schen Toxikologie wurde vor einigen Jahrzehnten erkannt, daß von den Herden auch toxisch-humorale Schädigungen ausgehen. In den letzten Jahren haben die Rickerschen und Speranskischen Forschungen die neuralen Vorgänge, d. h. die fokale Schädigung der sympathischen und parasympathischen Neuren, in den Vordergrund gerückt, eine Deutung, die gerade bei den engen anatomischen Beziehungen zwischen den oralen Herden und dem Stammhirn, dem Zwischenhirn und den Vorderhörnern durchaus einleuchtet. Hauptvertreter dieser Theorie sind Veil, Proell, Hansen, Siegmund, Bircher-Benner, Zabel, Slauck, um nur die wichtigsten Namen zu nennen.

Tabelle I

Häufigkeit der oralen Herde bei Gesunden und Kranken (nach Schuler, Zabel und Brehm)

Behn und Kokie	150 nicht ausgewählte Leichen	8 herdfreie Gebisse, 142 Gebisse mit 1137 Herden
Bircher-Rey	500 Patienten mit versch. Krankheiten	5,6 Herde pro Patient
Howe	50.000 Schulkinder	80 % Zahnherde, über 50 % Mandelherde
Moll,	1417 Patienten mit	Bei 80% - 90 %

Mayoklinik	versch. Krankheiten	Herde nachgewiesen
Von Osten-Saken	1400 nicht ausgewählte Krankenhauspatienten	Bei rund 100 % ein oder mehrere Zahnherde
Paessler	222 Soldaten unter Friedensverhältnissen	57,6 % m. chr. Kranken oder beherdeten Mandeln
Wannenmacher	500 nicht ausgewählte Patienten versch. Alters	1,8 Herde pro Person
Schuler	104 Gesunde	75 % Zahn- und Mandelherde nachgewiesen
Zabel und Brehm	238 nicht ausgewählte Patienten mit einem Durchschnittsalter von 46,7 Jahren	936 devitale Zähne mit 636 röntgenologisch bzw. bioptisch festgestellten Herden, 633 sonstige Veränderungen (Verschattungen, Sequester, Restostitiden, Nischen, Kavernen, usw.). Je Patient (!): 2,6 Herde, 3,9 devitale Zähne, 6,6 Störfelder insgesamt.

Neuerdings kam dazu noch der Begriff des Störfeldes oder der fokalen Zone, wie ihn vor allem Scheidt, Pischinger und Huneke benützen. Das Störfeld ist gewissermaßen das geschädigte terminale Retikulum, der diffus in die Peripherie ausgeweitete Herd, den der Organismus nach Beseitigung des zentralen eigentlichen und primären Herdes zwar allmählich auszuheilen vermag, der aber doch noch wochen- oder monatelang weiterbesteht und weiterstreut. Ganz ähnlich verhält es sich mit den sogenannten Sekundärherden. Ein Zahnherd kann beispielsweise eine Nebenhöhlenerkrankung, eine chronische Venenentzündung oder eine schleichende Cholezystitis verursachen. Wird diese "Metastase" nach der Zahnextraktion nicht gesondert behandelt, so kann sie weiterschwelen, oft genug relativ symptomarm, und ihrerseits wieder als Herd wirken.

Bircher-Benner, der schon vor 30 und 40 Jahren vorbildliche Zahnsanierungen durchgeführt hat, lehrt uns, daß die Gesundheit mit der Erfüllung der Ordnungs- und Ganzheitsgesetze des Lebens steht und fällt. Umgekehrt können wir also sagen: Die geringste Störung oder Verletzung dieser Ordnung und Ganzheit müssen wir als Krankheit bezeichnen, als Krankheit des ganzen Menschen, auch wenn die objektive Veränderung noch so mikroskopisch klein, lokalisiert und unbedeutend erscheinen mag. Ein Zahndefekt ist unter diesem Aspekt eben keine Bagatelle, die lediglich einer technischen Reparatur bedarf, sondern sowohl Symptom wie Ausgangspunkt einer totalen Störung des Gesamtstoffwechsels. Mag sich unter normalen Umständen ein solcher Gewebsdefekt auch als Reiz auswirken, der eine zielstrebige Heilreaktion auslöst, so müssen wir uns doch fragen: Wer von uns lebt noch unter normalen Verhältnissen? Der zivilisierte Mensch des 20. Jahrhunderts ist zu den meisten Heilreaktionen

nur noch unvollkommen, zu vielen überhaupt nicht mehr fähig. Die exogenen und endogenen Störungen der normalen Lebensabläufe werden immer häufiger, die vitalen Kräfte lassen von Generation zu Generation nach. Nur eine vielseitige, gezielte und ganzheitliche Hilfe vermag das Fehlende noch einigermaßen zu ersetzen und die Reaktionsmüdigkeit auszugleichen. Dazu kommt im Falle des dentalen Fokus der Umstand, daß wir es mit einem toten Zahn zu tun haben, der sich am Stoffwechsel, an den Regenerationsvorgängen praktisch nicht mehr beteiligt. Hierin liegt auch der prinzipielle Unterschied begründet zwischen der ausschließlich operativen Behandlung des Zahnherdes und der vorwiegend konservativen Behandlung der beherrdeten Mandeln, die ja immer noch irgendwie durchblutet und einer Gewebserneuerung fähig sind. Totes Gewebe wird vom Körper abgestoßen, und auch die herdbildenden Prozesse sind nichts anderes als Versuche einer solchen Eliminierung. Erhalten wir totes Gewebe innerhalb des Organismus, fallen wir der Natur in die Arme, so kostet dies schließlich nicht nur den Zahn, sondern u. U. den ganzen Menschen.

Ein Herd ist nach der Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung "eine abwegige örtliche Veränderung im Organismus, die über ihre nächste Umgebung hinaus Fernwirkungen auszulösen vermag, ohne selbst dabei in Erscheinung treten zu müssen". Die bakteriell-toxische Seite ist nach unseren heutigen Kenntnissen jedenfalls nicht mehr das wesentlichste daran. Nehmen wir wieder die B i r c h e r s c h e Formulierung zu Hilfe, so ist der Herd ein örtliches Geschehen, das sich nicht den Ordnungsgesetzen einfügt, das aus der Harmonie der Ganzheit herausfällt und diese stört. In der Tat kann jede Gewebsveränderung, selbst die kleinste Narbe, die geringfügigste Entzündung, als Störfeld im Sinne eines krankmachenden Herdes wirken, wie wir andererseits durch den feinsten Reiz etwa der homöopathischen Hochpotenz oder den Nadelstich des Akupunkteurs die Krankheit auf neuralem Weg ausheilen können. Im Falle des dentalen Fokus müssen wir den Herdbegriff also physiologisch und pathologisch viel weiter fassen, als wir es noch vor einigen Jahrzehnten taten. Schon die entzündete Pulpa kann im weitesten Sinn streuen, auch wenn es sich noch gar nicht um einen infektiösen Prozeß handelt. Die teilweise absterbende, „nekrobiotische“ oder schließlich ganz nekrotische Pulpa streut in weit höherem Maße, denn nun werden auch Eiweißzerfallsprodukte frei, wie Thioäther, Polypeptide, Phenol, Indol, Skatol, Putreszin, Kadaverin, Histamin und andere hochgiftige Substanzen. Solange der Zahn noch offen ist, können diese Gifte nach außen gelangen, und die Gefahr für den Organismus ist noch nicht so groß, obwohl auch die toxische Wirksamkeit solcher verschluckter Zellgifte feststeht. Ein Synergismus mit dem anderen großen Herdgeschehen des Darmes, der Dysbakterie, ist nicht von der Hand zu weisen. G i n s ist der Ansicht, daß schon die einfache Karies des Milchgebisses an der Genese kindlicher Allergien maßgeblich beteiligt ist. - Der weitere Verlauf des Dramas ist hinreichend bekannt: Der Zahnarzt versucht, durch eine längere oder kürzere Wurzelbehandlung den Nervkanal von allen gangränösen Resten zu befreien. Die dazu verwendeten Präparate gehen in die Dutzende, alle auf der Basis Arsen, Chlor, Phenol, Ozon, Jod und Jodoform. Auch der Diathermiestrom bietet keine Vorteile. Denn es bleiben in jedem Fall tote Gewebsreste zurück, und sei es auch nur in den feinen Ramifikationen der Spitze, die uns selbst bei bester Präparation, grundsätzlich aber bei gekrümmten oder abgebogenen Spitzen, unzugänglich bleiben.

Daraus resultiert der diagnostische Leitsatz: Jeder wurzeltote Zahn, ob behandelt oder nicht, beschwerdefrei oder nicht, ist als herdverdächtig anzusehen, auch wenn er röntgenologisch keine periapikalen Veränderungen zeigt.

Das Unglück geht weiter, wenn der Zahnarzt einen solchen wurzelbehandelten Zahn nun „lege artis“ schließt und füllt und überkront. Die flüssigen und gasförmigen Zerfallsprodukte, aber auch die Bakterien und Toxine, haben jetzt keinen unbehinderten Abgang mehr nach

außen und dringen daher über den Apex hinweg in den Kieferknochen ein. Wird eine solche Pulpenhöhle trepaniert, so entweichen die oft unter Druck stehenden Gase nicht selten deutlich hörbar, vom Geruch derselben ganz zu schweigen. Mit Z a b e l können wir nun von „gekröntem Leid“, mit Bircher von „goldenen Särgen“ sprechen. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer reaktiven Entzündung des periapikalen Knochengewebes. Geht diese stürmisch vor sich, so entschließt man sich nunmehr doch noch gelegentlich zur Zange. Meist beruhigt sich der Prozeß aber wieder oder macht sich überhaupt nicht bemerkbar. Es sind dies die Fälle, wo wir vom Kranken zu hören bekommen: "Aber der Zahn hat mir ja nie weh getan!" Nur verhältnismäßig selten gibt es als Ausdruck der versuchten Spontanheilung dann noch das "Zahngeschwür", übergehend in die einmalige oder rezidivierende Fistel. Das chronisch-ostitische, periapikale Gewebe entkalkt schließlich und verliert zentral allmählich seine zelluläre Struktur, während sich der Organismus durch eine kapselförmige Proliferation von Bindegewebe und ein starkes leuko- und lymphozytäres Infiltrat zu schützen versucht. Trotzdem behält auch dieses Stadium der fokalen Veränderung, das wir als das eigentliche "Granulom« bezeichnen, seine Tendenz zur Streuung und zum peripheren Wachstum. Durch völlige Nekrose kann ein solcher periapikaler Prozeß zentral zu einer gallertigen oder flüssigen Masse einschmelzen. Wir sprechen dann von einer Zyste.

Tabelle II

Lokalisierungsmöglichkeiten dentaler Herde

Intradentale Herde:

Chronische Pulpitis

Pulpengangrän (steril oder infiziert)

Intradentale Einschmelzungszonen

Apikale bzw. extradentale Herde:

Chronische periapikale Ostitis ohne oder mit Einschmelzungsvorgängen („Granulom“)

Zysten, Zystenreste

Restostitiden nach Entfernung wurzelkranker Zähne

Wurzelreste („Sequester“) mit oder ohne Ostitis (steril oder infiziert)

Marginale bzw. paradentale Herde:

Parodontose

Parodontitis des Weisheitszahnes

Tiefer reichende parodontitische Prozesse („Zahnfleischtaschen“, "vertikale

Alveolaratrophie", "marginale Granulome«)

Tabelle II enthält die Entwicklungs- und Lokalisationsmöglichkeiten der Zahnherde und ihre geläufigen Bezeichnungen. Ein Zahnherd, gleichgültig ob im ostitischen, granulomatösen oder zystischen Stadium, verhält sich nicht unähnlich einem malignen Tumor, mit dem er nicht nur das infiltrierende und zerstörende Wachstum, sondern auch die Metastasierungstendenz gemein hat. Genau wie bei der Krebskrankheit steht auch beim Herdgeschehen die konstitutionelle und konditionelle Gesamtsituation im Vordergrund. Und ebensowenig wie beim Karzinom dürfen wir einen Herdkranken als geheilt betrachten, wenn wir ihn von seinen Herden befreit haben. Diese Erkenntnis führt zwangsläufig zur therapeutischen Grundforderung: Bei jedem dental beherdeten Patienten hat die Entherdung im Rahmen einer gezielten, individuell zu gestaltenden biologischen Ganzheitsbehandlung zu erfolgen oder derselben vorauszugehen. Anzuwenden sind dabei die Heilkost, das Heilfasten, die systematische Hydrotherapie, die Überwärmungsbehandlung, die Homöopathie, die

immunbiologischen Behandlungsmöglichkeiten, nach Spengler, Enderlein u. a., die Eigenblutinjektionen in ihren verschiedenen Varianten, die segmentale und klassische Massage sowie selbstverständlich und vor allem die allgemeinen Naturheilfaktoren Bewegung, Atmung, Luft und Sonne. Alles zur rechten Zeit und im rechten Maß. Die Entzerrung ist nur ein Teil der Sanierung, meist aber ihr erster und wichtigster. Anzustreben ist stets die Totalsanierung. Liegen mehrere Herde vor, so hat der Arzt in enger Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt bzw. Facharzt zu entscheiden, in welcher Reihenfolge die Herde anzugehen sind. Mit der Entzerrung des Gebisses sollte jedoch grundsätzlich begonnen werden. Auch eine Teilsanierung kann gelegentlich notwendig sein. Sie ist entlastend, aber zur Ausheilung einer plurifokalen Erkrankung ungenügend. Nach der Erfahrung des Verfassers an mehreren hundert Totalsanierungen ist bei ausreichender kombinierter Allgemeinbehandlung vor und während der Entzerrung auch jeder Penicillinschutz überflüssig. Selbst bei Schwerkranken kam es nie zu irgendwelchen bedrohlichen Reaktionen oder Verschlimmerungen. All dies gilt in gleicher Weise für die Behandlung anderweitiger Herde. Unterlassungen oder Fehler in dieser Beziehung können allerdings Rückschläge oder Komplikationen, mindestens ausbleibende Sanierungserfolge nach sich ziehen. Der Ganzheitstherapeut ist dazu berufen, eine Lücke auszufüllen, die zum Schaden zehntausender chronisch Kranker und Unheilbarer aus der mangelhaften Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin entstand. Der Arzt "versteht nichts von den Zähnen" und überläßt alles dem Zahnarzt, der sich wieder nicht um die Ganzheit seines Patienten kümmern kann. Gehen wir den vielen Einwänden nach, die man immer wieder gegen gründliche Sanierungsmaßnahmen zu hören bekommt, so zeigt sich, daß die vorgebrachten Fehlschläge entweder einer ungenügenden Diagnosestellung oder einem unzweckmäßigen, unvollkommenen bzw. schädlichen Sanierungsprogramm oder einer mangelhaften Allgemeinbehandlung des Patienten entspringen. Es darf einfach nicht vorkommen, wie man es in einer biologischen Praxis an vorwiegend chronisch Kranken fast täglich erlebt, daß ärztlich oder klinisch laufend behandelte Herzranke, Allergiker, Arthritiker mit einem halben oder ganzen Dutzend Zahnherden herumlaufen. jeder Arzt und Zahnarzt sollte auch wissen, daß man erst die Zahnherde entfernt und dann erst an etwa vorhandene weitere Herde herangeht, nicht umgekehrt. Die Idee der Sanierung muß in Verruf kommen, wenn ebenso eilends wie erfolglos die Mandeln entfernt werden, obwohl bei einiger Sorgfalt die primäre Beherrschung der Zähne hätte erkannt werden können. Und es ist ebenso falsch, nur lokal etwas zu unternehmen, den Kranken aber im übrigen sich selbst zu überlassen. Die konstitutionelle Allgemeinbehandlung jedes herdbedingten Leidens muß eines Tages genau so selbstverständlich werden, wie es etwa die Allgemeinbehandlung des Krebskranken vor oder nach der Operation heute zum Teil schon ist. Und genau wie diese, gehört auch die Totalsanierung in die Hände von Sanierungsspezialisten oder in Anstalten, wo die notwendige Zusammenarbeit zwischen dem Ganzheitsbehandler und dem Zahnarzt oder sonstigen Facharzt gewährleistet ist.

Welche Kranke sind es denn nun, bei denen wir besonders gründlich nach Zahn- und sonstigen Herden forschen müssen? Vergewenwärtigen wir uns dazu den peripheren Vorgang des Herdgeschehens. Auf dem Wege der direkten Keimstreuung, der toxischen Schädigung oder der neuralen Fehlsteuerung kommt es zu mikroskopisch kleinen, zirkumskripten Kapillarwandveränderungen, die wir - wie Bircher-Benner, Otfried Müller u. a. es schon vor Jahrzehnten taten - kapillarmikroskopisch beobachten können, ferner zu multiplen Mikrothromben, kapillären Blutungen und Stauungen, die wieder eine umschriebene Gewebsazidose, Ablagerung von Stoffwechselschlacken und Beeinträchtigung der Zellatmung zur Folge haben. Nach Warburg ist die Dysoxybiose der Zelle eine Parallelerscheinung ihrer malignen Entartung. Verf. hält deshalb in Übereinstimmung mit Altmann, Issels u. a. gerade bei Krebskranken und Krebsgefährdeten eine einwandfreie

Totalsanierung für besonders wichtig. Daß sich das Herdgeschehen auch bei der Entstehung und Therapieresistenz anderer chronisch-degenerativer Erkrankungen, etwa der Multiplen Sklerose, verhängnisvoll auswirken kann, beweisen die Veröffentlichungen Aigingers über hervorragende Erfolge bei diesem Leiden allein durch konsequente Sanierung und hochwertige Heilkost. Auch der Verf. erinnert sich mehrerer solcher Fälle, darunter den eines jüngeren MS-Kranken, der 1946 nahezu völlig gelähmt war (einschließlich der Augenmuskeln!) und nach umfangreichen Sanierungsmaßnahmen, einem längeren Heilfasten und monatelanger strenger Kost neben sonstigen Naturheilanwendungen wieder geh- und schreibfähig wurde, was bis heute anhält.

Häufiger und von weit größerer sozialer Bedeutung sind die klassischen fokalen Fernschäden, die wir als Myogelosen, als Tophi, als akute oder chronische rheumatische Entzündungen der Muskulatur, der Gelenke, Bänder, Sehnen oder Nerven kennen. Machen doch die rheumatischen und arthritischen Endstadien etwa ein Viertel aller Invaliditätsfälle aus! Wenngleich die Schule bei den primär und sekundär chronischen Arthritiden ein Infektgeschehen mit Recht leugnet, so ist der Ganzheitstherapeut doch verpflichtet, solche Patienten eingehend auf Herde zu untersuchen. Wieviele Renten könnten wohl erspart oder doch wenigstens um Jahre hinausgeschoben werden, wenn bei allen derartigen Anträgen noch gründlicher und umfassender als bisher vorgegangen würde!

An den kapillarreichen, sauerstoffbedürftigen, parenchymatösen Organen kann es zu Nephritis, Hepatitis und Myokarditis kommen. Auch hier müssen uns in der Praxis wieder die beginnenden, atypischen, subakuten und zirkumskripten Formen besonders interessieren, die bestimmt viel häufiger sind als die klassischen Krankheitsbilder. Wer prinzipiell jeden Harn sedimentiert, wird erstaunt sein, wie häufig sich Erythrozyten finden. Sofern dann ein Vitium, eine schwerere Gefäßveränderung, eine Zystitis oder ein Tumor auszuschließen sind, weist dies mit ziemlicher Sicherheit auf ein Herdgeschehen.

Die fokaltoxische Schädigung der vegetativen Nervenbahnen und zentralen Neuren kann - selbstverständlich in Zusammenwirkung mit allen übrigen uns bekannten Zivilisationsschäden - zu den verschiedenartigsten Dysregulationen am Gefäßsystem führen: Angina pectoris, Infarkt, Ulkus, Migräne, Bürger-Raynaud, Hypertonie oder Hypotonie. Besonders der tiefe Blutdruck ist für die schwereren Beherdungen typisch.

Des weiteren kann ein Zusammenhang mit hormonalen Dysfunktionen der Hypophyse, der Schilddrüse, der Nebenniere oder des Pankreas bestehen. Verf. kennt mehrere Fälle, und auch andere Autoren berichten hierüber, daß echter Diabetes nach korrekt durchgeführter Sanierung - unabhängig von der gleichzeitigen diätetischen Einstellung - gebessert und in einzelnen Fällen sogar insulinfrei gemacht werden konnte. Auch die mit den regenerierenden Methoden nach Niehans, Bogomoletz und Z a j i c e k sich befassenden Kollegen wissen, daß vor Beginn dieser Kuren eine totale Sanierung zu fordern ist. Manche Versager dieser Richtungen dürften auf Verstöße gegen diese Voraussetzung zurückzuführen sein. Verf. erinnert sich aus der Zeit seiner eigenen ersten Versuche mit der zytoplastischen Therapie, daß des öfteren bei später als beherdet erkannten Patienten die richtig gewählten Präparate entweder relativ unwirksam blieben oder unerwünschte Allgemeinreaktionen auslösten oder in einzelnen Fällen sogar zu einer Aktivierung schlummernder Zahnherde führten, ein Vorgang, der auch bei sonstiger Ganzheitsbehandlung, z. B. bei Fastenkuren, gelegentlich zu beobachten ist, wenn man versäumt hat, den Patienten diesbezüglich zu untersuchen und vorzubehandeln.

Auf neurovegetativem Weg kann es ferner zu Störungen des Vitamin- und Mineralsalzhaushaltes kommen, insbesondere zu Vitamin-C-Mängeln, worauf Zabel immer wieder hinweist. Wir beobachten bei Herdkranken nicht selten eine erhöhte Infektanfälligkeit der verschiedensten Art, desgleichen Allergien der Haut und Schleimhäute, wie sie Gins als Folge der kindlichen Milchzahnkaries auffaßt. Jede rezidivierende Venenentzündung oder Thrombose muß uns zu einer eingehenden Herdsuche veranlassen. Ohne Sanierung kommt es immer wieder zu Rückfällen und die Phlebitis kann schließlich zu einem Sekundärherd werden. Dies gilt insbesondere für die Vena saphena und jugularis, die bei gründlichen Befunderhebungen immer auf Druckempfindlichkeit hin untersucht werden sollten. Schließlich kann auch das blutbildende System selbst auf den chronischen Herdschaden reagieren mit Leukopenie, Leukozytose, Lymphopenie, Lymphozytose und beschleunigter BKS. Mehrmals konnte der Verf. hyperchrome Anämien beobachten, die in ihren schweren Formen einschließlich einer begleitenden histaminrefraktären Anazidität genau wie eine Perniziosa aussahen, nach gründlicher Sanierung aber ausheilten. Es kann auch zu Veränderungen des lymphatischen Systems allein kommen, von der akuten und chronischen Tonsillitis bis zum Status lymphaticus der jugendlichen, der oft genug den Boden bildet für eine spätere Tuberkulose. Es hat auch in solchen Fällen keinen Sinn, zunächst die rein kompensatorisch vergrößerten, ganz unschuldigen Mandeln zu entfernen und vielleicht erst Jahre später an die Zahnherde zu denken.

Dies nur als kleine Auswahl der nach unserem heutigen Wissen fakultativ herdbedingten Erkrankungen. Deshalb sei die eingangs erhobene Behauptung wiederholt, daß es keine Gesundheitsstörung gibt, die nicht mit einem Herd bzw. Zahnherd zusammenhängen, durch ihn ausgelöst oder verschlimmert werden kann. Ein Herd kann infolge seiner allergisierenden und sensibilisierenden Wirkung jeder noch so sorgfältig gewählten und durchgeführten Therapie im Wege stehen und sie unwirksam machen. Die engen Beziehungen des Herdgeschehens zu den drei verhängnisvollsten Volksseuchen unserer Zeit: Rheuma, Kreislaufschäden und Krebs, denen wir doch immer noch relativ machtlos gegenüberstehen, machen es uns zur Pflicht, auf diesem Gebiet noch viel gewissenhafter und gründlicher zu Werke zu gehen, als wir dies bisher taten. Die Herdlehre und ihre Folgerungen beschäftigen schon lange nicht mehr nur einige Außenseiter, sondern sind auf breitester Basis wissenschaftlich verankert. Dies mag allein daraus hervorgehen, daß sich 1958 auf der 8. Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdtherapie 9 Referate, auf der 10. Therapiewoche in Karlsruhe 15 Referate positiv und detailliert zu diesem Thema aussprachen. Was uns und unseren Patienten nützt, ist die endliche Umsetzung dieser Erkenntnis in die Praxis. Nachdem sich auch innerhalb der biologisch eingestellten Ärzteschaft zwangsläufig gewisse Spezialisierungsbestrebungen anbahnen - jede Tagung beweist uns erneut die Notwendigkeit dieses Vorganges-, so wäre durchaus in Erwägung zu ziehen, ob nicht der ganzheitlich unterbauten Diagnostik und Therapie des dentalen und sonstigen Herdgeschehens gerade innerhalb der Naturheilbewegung in Zukunft ein größeres Augenmerk seitens der Ärzte und Zahnärzte geschenkt werden sollte. Die folgenden Grundlagen und Richtlinien, erstmals veröffentlicht in Heft I/II 1958 "Das Deutsche Zahnärzteblatt", möchten hierzu nicht mehr als eine Anregung sein, deren Kritik, Verbesserung und Realisierung Aufgabe jedes biologisch interessierten Kollegen sein sollte.

Richtlinien zur Diagnose eines dentalen Herdgeschehens

Es besteht keine Veranlassung für eine Annahme „steriler“, „latenter“, „schlummernder“ oder "stummer" Herde.

Die Unterlassung einer technisch einwandfreien Vitalitätsprüfung und Röntgenaufnahme aller nicht mehr voll vitalen oder sonstwie stark veränderten, besonders parodontösen Zähne im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung ist ein Kunstfehler.

Bei Herdverdacht sind auch Zahnlücken und Stellen retinierter Zähne grundsätzlich zu röntgen.

Größe, Stadium und Lokalisation eines dentalen Herdes besagen nichts über seine fokale Virulenz.

Bei Gefahr in Verzug (Karzinom, Lymphogranulomatose, Leukämie, Multiple Sklerose) ist jeder devitale Zahn mit oder ohne ausreichende Wurzelfüllung als Herd zu betrachten.

Zur Vervollständigung der Diagnose sind außer dem Lokalbefund möglichst viele der einschlägigen Untersuchungs- und Testmethoden heranzuziehen:

Temperaturkontrolle (besonders die Differenz zwischen Axillar- und Rektaltemperatur, evtl. nach Provokation durch längeren Marsch, Sonnenbad usw.),

Pulskontrolle,

klinisches Blutbild (unter besonderer Beachtung jeder Hyperchromasie und jeder Vermehrung der Jugendformen und stabkernigen Leukozyten über 6 %), Blutbild auf Endobiose, BKS (evtl. nach Kurzwellendurchflutung des Herdes),

Kapillarmikroskopie, Prüfung der Kapillarresistenz (Vasotest),

Harnuntersuchung (Erythrozyten, Urobilinogen),

fibrilläres Muskelzucken (evtl. nach provozierendem Marsch, heißem Bad, Ganzmassage, Kauen auf dem verdächtigen Zahn, Kurzwellendurchflutung desselben usw.),

Impletoltest (Sekundenphänomen),

Antigenteste: Histaminprobe (subkutan oder konjunktival), Spenglersan D und D. (evtl. mit Kontrolle der Endobiose), Bottyantest (Allgemeinreaktion, besonders bei Neuritis), Ganslmeyertest (Reaktion am Zahnherd), Pyrifertest (Allgemeinreaktion, besonders bei Neuritis).

Die Verwendung der von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung, Frankfurt/M., Gartenstraße 118, herausgegebenen Untersuchungsbogen wird zur Vereinheitlichung und wissenschaftlichen Auswertbarkeit der Ergebnisse dringend empfohlen.

Richtlinien zur Herdtherapie

Jede Sanierung besteht aus der Entherdung und der konstitutionellen Gesamtbehandlung. Die Entherdung des Gebisses hat den Vorzug vor anderweitigen Maßnahmen. Mißerfolge sind in einer mangelhaften diagnostischen Klärung, unvollständigen oder unzureichenden Entherdung oder ungenügenden Gesamtbehandlung zu suchen.

Die Extraktion sei gründlich (Curettag, Röntgennachkontrolle), aber schonend (wenig Lokalanästhesie, mehr Lachgas, keine Antiseptika). Verwendung hypertoner Lösungen zur Spülung ist empfehlenswert, z. B. Kaliumchlorid 0,42 g, Kalziumchlorid 0,84 g, Natriumchlorid 10,5 g, Aqua dest. ad 1000,0 g (in dieser Reihenfolge zu lösen). Gegen den Nachschmerz B12-Präparate, 30 bis 200 γ i.v. oder i.m.

Grundlage jeder Totalsanierung ist eine gleichzeitig und länger durchzuführende Heilkost nach Bircher-Benner, Kollath u. a., in schwereren Fällen ein (mildes oder strenges) Heilfasten von 10 bis 20 Tagen Dauer, möglichst unter geschulter Leitung. Eine Schutztherapie mit Antibiotika scheint unter diesen Voraussetzungen entbehrlich zu sein.

Ebenso wichtig ist während und nach der Entherdung eine individuell angepaßte hydrotherapeutische Teil- und Allgemeinbehandlung mit dem Kneippischen Ziel einer Auflösung und Ausleitung der Krankheitsgifte und Abhärtung des Gesamtorganismus. Je nach vorliegendem Reaktionstyp ist kalten Anwendungen (Washungen, Wickel, Güsse, Teil- und Vollbäder) oder warmen bzw. wechselwarmen Anwendungen (Packungen, Teil- und Vollbäder, Sauna) der Vorzug zu geben. Der Patient ist ferner systematisch an die allgemeinen Naturheilfaktoren Bewegung, Atmung, Luft und Sonne heranzuführen.

An die Entherdung hat sich in irgend einer Form die Sanierung der streuenden Zone anzuschließen: Impletol, Roedersche Mandelbehandlung, Massage, Blutegel, Schröpfköpfe. Dasselbe gilt für Sekundärherde.

Liegt eine Dysbakterie des Darmes vor, so ist auch deren Normalisierung anzustreben durch Fasten, Heilkost, Darmbäder, Kamillentee, Milchzucker, Azidophilus- und Koli-Präparate.

Die Blutsanierung richtet sich nach der Schwere des Endobiontenbefalls: Enderleinsche immunbiologische Präparate, Wehrliche Hämo-Oxydationstherapie, Cer-Inhalationen, bei hyperdiromer Anämie B12, bei hypochromer Anämie Eisen, Kupfer, Kobalt.

Bei derartigen Behandlung sind unspezifische oder spezifische Desensibilisierungen mit Eigenblut, Eigenserum, Bottenanserum, Arthrisinal, Spenglersan usw. verhältnismäßig selten nötig, wenn auch in der freien Praxis nicht immer zu umgehen.

Richtlinien zur Verhütung der Zahnherde

Die Bedeutung einer naturgesetzlichen Lebensweise und Ernährung ist Ärzten wie Zahnärzten von den Hochschulen und Organisationen, auf Tagungen und durch die Fachpresse immer wieder einzuprägen. Den daraus resultierenden Forderungen gegenüber sind die persönliche Mundpflege und die zahnärztlich-technische Betreuung sekundäre, wenn auch unerläßliche Maßnahmen. über dein täglichen Kleinkram darf dieses Faktum nicht aus dem Bewußtsein verschwinden.

Kann ein Zahn nicht mehr am Leben erhalten werden oder wird seine Devitalität festgestellt, so ist er nach Möglichkeit zu extrahieren. Kosmetische und prothetische Einwände haben dem gegenüber nur untergeordnete Bedeutung.

Bei strengster Indikationsstellung und einwandfreier Technik kann die Vitalamputation versucht werden. Doch muß sich der Patient zu einer alljährlichen Vitalitätsprüfung und Röntgenkontrolle dieser Zähne verpflichten.

Devitale Zähne dürfen keinesfalls überkront oder als Brückenpfeiler verwendet werden. Ein Verstoß hiergegen ist nach dem heutigen Stand unseres Wissens als Kunstfehler zu bewerten.

Vitale Zähne dürfen nur aus zwingenden Gründen überkront werden. Thielemann schlägt vor, solche Kronen durch ein einheitliches, evtl. international zu vereinbarendes Zeichen kenntlich zu machen. Der Patient ist darauf aufmerksam zu machen, daß er nur dann vor einem Herdgeschehen sicher ist, wenn der betreffende Zahn alljährlich geröntgt, die Krone mindestens alle 5 Jahre erneuert und der Zahn bei dieser Gelegenheit auf seine Lebensfähigkeit hin überprüft wird.

Der Teil- und Vollprothese ist grundsätzlich der Vorzug zu geben gegenüber der Brücke. Durch intensive Aufklärung, laufende Verbesserung der technischen und kosmetischen Lösung und vorteilhafte Preisgestaltung sollten auch die Patienten und Kostenträger mehr und mehr für diese Entscheidung gewonnen werden.

Vom Patienten apodiktisch geforderte Kronen oder Brücken über devitalen Zähnen dürfen nur noch gegen unterschriftlichen Revers angefertigt werden, der den Patienten über die Gefahren und Komplikationsmöglichkeiten eines solchen Vorgehens aufklärt und zur Übernahme der persönlichen Verantwortung verpflichtet.

Mit Unterstützung der Standesorganisationen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung, Sitz Frankfurt, und der Medizinisch-biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft deutscher Zahnärzte, Sitz München, sind die Kostenträger allmählich von der Notwendigkeit der Übernahme aller Mehrkosten zu überzeugen, die mit einer solchen prophylaktischen Zahnheilkunde zunächst verbunden sind.

Nur in einer engen und verständnisvollen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Zahnarzt ist ein Ansatz zur Lösung des immer bedrohlicher werdenden Fokalproblems zu sehen. Wir stehen dabei am Anfang eines weiten Weges, der uns allerdings auch zur Überwindung des Gebißverfalles überhaupt führen muß.

Dr. med. K. Windstosser
