



S. Bardaro

L'OTTIMIZZAZIONE DEL LIVELLO ENERGETICO-REATTIVO DEL PAZIENTE QUALE INTENTO PRIMARIO DELLA METODICA E.A.V.

L'insegnamento della scuola anatomico-clinica di Parigi, che si sviluppò negli ospedali parigini a partire dalla Rivoluzione Francese, è spesso considerata come il punto d'inizio della medicina moderna.

La possibilità di questo nuovo metodo di affermare la specificità di una malattia, la sua natura unica e particolare, legandola ad una lesione anatomica altrettanto specifica, fu alla base della sua celebrità.

La medicina clinica quindi cerca le lesioni proprie di una malattia e vede che queste sono costanti, ossia un dato "astratto" di quella malattia; la malattia è la lesione.

È nell'affermare una etiologia che si ha la più rilevante variabilità. Il rapporto fra le cause patogene e gli effetti è legato alle "disposizioni" dell'organismo e, di conseguenza, come queste, le manifestazioni patologiche possono variare all'infinito. Tutto dipende dal "modo d'organizzazione", dal "grado di vitalità".

Possono anche aversi effetti patologici senza causa sensibile e apprezzabile come si vede nella maggior parte delle epidemie. In quest'ambito una patologia, anche epidemica, può essere causata da una serie pressoché infinita di fattori diversi: il terreno, l'acqua, gli alimenti, l'urbanizzazione, il lavoro, la sessualità, l'educazione.

Nessun legame esiste tra una causa ed un effetto, per cui tutto in noi e fuori di noi è suscettibile di divenire causa di malattia.

Tutto è già cambiato quando, negli ultimi decenni del XIX secolo, Dechambre pubblica il suo "Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales". Ogni causa ha una natura differente "possedendo una specificità d'azione tale, riguardo ai suoi effetti, che questi possono appartenere solo ad essa, dato che essa sola ha la capacità di realizzarli".

Il problema etiologico cambia di natura e la regola è ora chiara: dato un effetto patologico trovare la causa che lo produce.

Non c'è più una moltitudine di cause, ma solo una specifica, che può certo richiedere la presenza di altri fattori necessari, ma che è unica, "determinante".

Alla specificità della malattia data dalle sue lesioni, si aggiunge la specificità della causa. L'identità della causa implica l'identità dell'effetto e viceversa.

In dipendenza di siffatta evoluzione di pensiero, possibile grazie alla stessa scuola anatomico-clinica, alla teoria cellulare e allo sviluppo della microbiologia, le affezioni hanno ora una causa principale che può essere individuata ed eliminata.

Tale nuovo orientamento, pur con i suoi innegabili risultati, ha però completamente ostracizzato la medicina Galenica, fino ad allora dominante, nel quadro della quale la malattia era considerata un'alterazione del sottile equilibrio del corpo prodotta da una vasta serie di fattori.

In questo contesto il classico triangolo Ippocratico - la malattia, il malato, il medico - si trasforma e la malattia diviene un'entità indipendente con cui il medico si confronta dopo aver quasi messo tra parentesi il malato.

La medicina è così divenuta sempre più "impersonale" ricercando fenomeni universali, ripetibili, comuni a tutti.

La ricerca affannosa e quasi esclusiva di dati oggettivi ed invariabili fa perdere sempre più di vista il paziente. Questo atteggiamento è sicuramente in parte responsabile dell'odierna sempre maggiore insorgenza di patologie ad andamento cronico e ad etiologia incerta contrastate oltretutto con terapie che, agendo esclusivamente sul sintomo, spesso sortiscono il solo effetto di peggiorare il quadro generale.



L' E.A.V., nell'ambito di una medicina naturale d'avanguardia, si pone in modo completamente diverso di fronte a tali problematiche perché, pur utilizzando tecniche e conoscenze avanzate, colloca centralmente l'individuo nella sua indagine.

Chiunque pratica l' E.A.V. è a parte di tale fondamento, eppure esiste il pericolo che a volte ce se ne discosti più o meno consapevolmente.

In ogni campo l'aumento delle conoscenze e la messa a punto di strumenti sempre più sofisticati, porta verso un atteggiamento oggettivista.

Non è auspicabile che ciò accada nella nostra disciplina; non possiamo però negare che sempre più spesso ci troviamo a discutere e leggere di "cause principali determinanti" che automaticamente diventano l'oggetto centrale del nostro lavoro e che identifichiamo con le geopatie, o i virus, o i diserbanti o le amalgame; così come non possiamo negare che tendiamo a stilare, man mano che li annoveriamo, i cortei sintomatologici dipendenti da ciascuna delle citate cause.

È tutto giustissimo ed immensamente utile, solo se non dimentichiamo però che il primo ed ultimo obiettivo dell' E.A.V., la sua ragion d'essere, proprio in quanto derivante dall'agopuntura tradizionale, è l'energia dell'organismo ed il suo riequilibrio.

Le oramai interminabili liste di agenti depressori, che siano insetticidi, conservanti, protozoi ecc., ci fa apparire meravigliosa la capacità che tale metodica possiede per il riconoscimento degli elementi patogenetici, ma non ci deve far trascurare che è lo squilibrio energetico il vero momento etiologico da tenere centralmente nel nostro quadro operativo; la capacità di operare su di esso identifica l'essenza stessa dell' E.A.V.

È fuor di dubbio che si deve lavorare individuando i sovraccarichi, ma sempre pensando che lo sono nell'assetto energetico di quel paziente in quel momento. Dobbiamo far guarire e vivere bene degli individui oppressi da veleni in un mondo fatto pur sempre da questi veleni.

Tali argomentazioni, che concettualmente possono a tutta prima apparire di natura virtuale, divengono pregnanti di risonanze pratiche soprattutto quando si opera in campo odontoiatrico.

L'applicazione dell' E.A.V. in odontoiatria mi ha condotto per lungo tempo sul sentiero comune della ricerca di tutto ciò che può fungere da sovraccarico in un paziente. I riscon-

tri miei e dei colleghi, sommati a quelli noti da sempre, ci hanno munito di una serie infinita di materiali e di metodiche operative a rischio.

Di fronte a ciò la reazione naturale è stata quella di tendere ad esentare per precetto ed aprioristicamente il paziente da tutto quanto possibile, a volte anche ampliando di molto i margini del possibile, portando così alla diminuzione drastica delle possibilità di operare un'adeguata riabilitazione funzionale ed estetica del cavo orale, pur accanto agli inconfutabili giovamenti sul piano generale.

Un simile atteggiamento mi ha avvicinato ad orientamenti poco originali che arrivano quasi a considerare ogni dente, anche non cariato, un focus, ogni metallo o dente devitalizzato un campo di disturbo, ogni più semplice cemento un possibile materiale intollerato.

A mio avviso tutto questo, oltre a generare delle stagnature mentali difficili poi da rimuovere, porta ad uno svilimento della metodica E.A.V., proprio perchè la si degrada a mero strumento di ricerca del sovraccarico causale. In tal modo le liste di agenti intossicanti, che suonano come un interminabile rap satanico, divengono il nucleo centrale del nostro lavoro, spersonalizzandolo e limitando quindi le potenzialità dell' E.A.V. non senza ridimensionarne anche la filosofia.

Solo dopo aver bandito l'elemento patogenetico da questo ruolo principale riacquista evidenza il fine primario dell' E.A.V.: l'approntamento di un modello umano individuale che sia valente nella capacità di compenso e di riequilibrio.

In campo odontoiatrico il compromesso è sempre stato una costante e ciò va ribadito anche in questa sede. Dovendo operare in un habitat dove sempre più difficilmente si sfugge agli elementi attentatori alla nostra integrità reattiva, non dobbiamo demonizzare nulla, anche se è vero che una cosa crea più rischi di un'altra.

Ci si deve affrancare dalle anchilosi mentali, alimentate quotidianamente dall'ultimo materiale che è stato scoperto avere azione tossica, per acquisire l'agilità di ovviare, dribblare, riaccomodare e compensare come solo l' E.A.V. ci permette di fare. Ciò si traduce in una strategia di lavoro che permetta di scaricare qualcosa per poterne caricare un'altra. Sta a noi ottenere dei carichi sostenibili da sovraccarichi tossici.

"Il buon medico generalizza la malattia ed individualizza il paziente" (C. W. Hufeland); ciò a dire che se indugiamo troppo sull'agente trascuriamo il terreno.



Il modello Biocibernetico, che tutti noi conosciamo, ci mostra come si debba sempre avere presente il quadro generale e come si possa operare liberando vie alternative di afferenza o efferenza.

Lo stesso Prof. Hanzl dimostrò, in un caso presentato durante una lezione magistrale, che l'ultimo elemento sospettabile era responsabile di squilibrio in quel paziente e non altri considerati fortemente gravosi.

Le teorie di Beisch, scaturite da innumerevoli osservazioni e basate sui dettami dell'agopuntura tradizionale cinese, circa la "Debolezza Reni Yang", peraltro ribadite ed evidenziate in Italia da Zolk, sostengono che al centro degli intenti del medico deve sempre essere la ricostituzione della potenzialità reattiva del paziente.

CASO CLINICO

Ho sempre ritenuto che il singolo caso clinico non faccia testo, a meno che, e qui ne è il caso, esso non sia presentato a supporto ed esemplificazione di una teoria più generale.

In questa evenienza non ha quindi la funzione di mostrare un'identità ripercorribile e univoca, né tantomeno un protocollo operativo o terapeutico valido universalmente. Del resto sappiamo come ciò sia assolutamente impensabile nell'ambito della medicina naturale che riconosce come cardine fondamentale la soggettività del paziente e che, soprattutto per quest'ultimo motivo, trova applicazione elettiva in patologie complesse certamente non riconducibili al "Postulato di Koch".

Il caso riportato vuole evidenziare come un paziente odontoiatrico, con una condizione di estrema precarietà a livello del cavo orale che, a causa di focus odontogeni e campi di disturbo dentale, sosteneva anche una sintomatologia generale composita, abbia potuto essere riabilitato oralmente in modo adeguato, risol-

vedo anche tutti i problemi generali, pur dovendosi ricorrere a materiali e tecniche operative comunemente considerati dannosi per l'organismo.

Esposizione

Il paziente L. E., di anni 50, naturopata, mi fu inviato dal presidente della nostra associazione il quale, al test di elettroagopuntura, aveva riscontrato valori che indicavano la presenza di focalità odontogene e di intossicazioni da metalli presenti nel cavo orale.

L'esame obiettivo, confortato da una radiografia delle arcate dentarie sup. ed inf. (Fig. 1), confermava l'esistenza di lesioni potenzialmente focali, di manufatti protesici in metallo e di ricostruzioni dentarie in amalgama.

Nella formula dentaria si rilevava l'assenza degli elementi dentari: 1.8, 1.7, 3.7, 3.6, 4.7.

Vi erano ricostruzioni in amalgama a carico degli elementi: 1.6, 1.4, 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 4.5, 4.6.

Gli elementi: 1.5, 3.5, 3.4, 4.6 si presentavano devitalizzati; in particolare il 3.5 ed il 4.6, mostrando anche evidenti lesioni periapicali riconducibili a granulomi e cisti radicolari, denunciavano un'esecuzione impropria della terapia canalare stessa.

Le protesi fisse, in lega aurea e resina isot, erano così disposte: 3.8-X-X-3.5-3.4, 4.6-X-4.8.

Sul 1.5 vi era una corona in lega-ceramica.

Irrimediabili lesioni parodontali erano evidenti a carico del 3.8, 4.6 e 4.8.

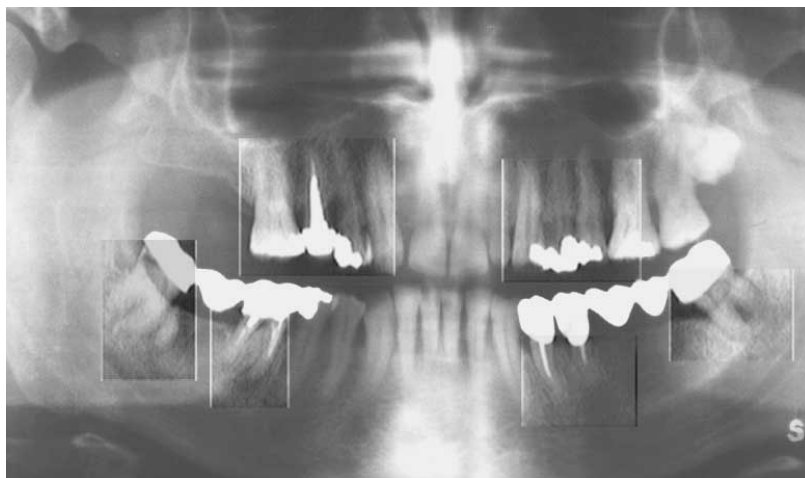
Mesialmente al 4.8 si notava la presenza di un frammento radicolare residuo in inclusione ossea totale appartenuto verosimilmente al 4.7 estratto in data molto anteriore.

Il paziente, bancario di professione, ma appassionato e competente naturopata esercitante, oltre che convinto igienista nelle sue abitudini di vita, riferì di presentare da anni treni di extrasistole in origine solo in concomitanza con periodi di tensione nervosa, ma da qualche tempo insorgenti anche in stato di normalità.

Oltre a questo riportava all'anamnesi degli episodici malesseri generali aspecifici, a partenza dalla zona intestinale, che attribuiva a problemi di mal digestione ed a presunte intolleranze alimentari.

Il problema che lo affliggeva maggiormente erano però delle lesioni eczematose eritemato-desquamative-ipercheratosiche sulle mani che si fissuravano e sanguinavano (Figg. 2, 3, 4). L'esordio risaliva a diciotto mesi prima

Fig. 1 ▼
Rx arcate dentarie sup. ed inf. del 16/09/'96.





e da allora erano andate sempre più aggravandosi per estensione ed intensità sino ad arrivare quasi all'impedimento dell'uso delle mani stesse.

L'esame di elettroagopuntura sec. Voll fece registrare come misurazioni più significative le seguenti:

Vaso Linfatico:	punto 2	= dx 89 -6; sn 86 -5
Polmone:	punto 11	= dx 82 -4
	punto 10c	= dx 84 -5
Deg. Nervosa:	punto 1a	= dx 92 -8; sn 90 -7
Circolazione:	punto 9	= dx 70 -2; sn 80 -6
Allergia:	punto 1a	= dx 85 -5; sn 86 -4
Endocrino:	punto 1b	= dx 88 -4; sn 89 -6
Cuore:	punto 8e	= dx 90 -7; sn 88 -6
	punto 7a	= dx 85 -6; sn 86 -6
	punto 7	= dx 82 -5; sn 84 -5
Int. Tenue:	punto 1	= dx 80 -5; sn 82 -6
	punto 1a	= dx 89 -4; sn 90 -6
	punto 1b	= dx 85 -6; sn 90 -6
Cute:	punto 1-2	= dx 90 -7; sn 88 -6
	punto 2	= dx 89 -6; sn 92 -7
Rene:	punto 1-2	= dx 90 -4; sn 92 -6
	punto 1b	= dx 89 -5; sn 91 -5

Queste rilevazioni, unitamente all'anamnesi ed all'esame obiettivo odontoiatrico e generale, davano un quadro caratterizzato dalla presenza di focus odontogeni (punto 2 V. L.), con azione soprattutto a livello di cuore, int. tenue e polmone, e campi di disturbo dentale causati da tossici (punto 1a Deg. Nerv. e Plessi).

Il test dei medicinali stabili che con i nosodi: ZW 20 (amalg. Cu), ZW 21 (amalg. Ag), HM 79 (Cu met.), HM 48 (Ag met.), HM 31 (Hg solub. H.), Z 24 (Rad. dente dev.) 2 fl. D3, STO 52 (Mercaptano) 2 fl. D5, STO 54 (Tioetere) 2fl. D5, erano quasi equilibrati e pressoché scomparse le cadute sui meridiani Endocrino e Rene, sui vasi Deg. Nerv. e Cute, nonché su tutti i plessi.

Con i nosodi: Z 3 (Tasca parod.), Z 8 (Polpa gangr.), Z 11 (Osteite mascel.), Z 13 (Cisti rad.),

Z 28 (Pulpite cron.), Z 38 (Osteite masc. cron. batt.), veniva perfettamente equilibrato il punto 2 vaso Linf., i mer. Cuore ed Int. tenue, nonché il vaso della Cute.

Mediante il test dei punti del volto riferentisi ai denti responsabili di attività focale si rilevò positività su:

- 8 Stomaco dx e sn (4.8, 4.7, 4.6, 4.5, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8);
- 8-1 Stomaco sn (3.4, 3.5);
- 17a Int. Tenue dx e sn (4.9, spazio retromolare, 4.8, 3.8, spazio retromolare, 3.9);
- 18a Gr. Int. dx (4.6, 4.7).



▲ Figg. 2, 3, 4 - Cute delle mani nel settembre '96.

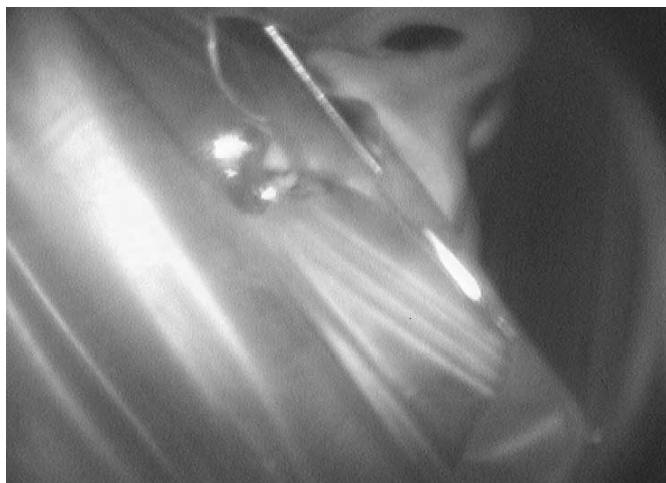


Fig. 5 ▲
Posizionamento diga di gomma per rimozione amalgama dal 1.4.

Fig. 6 ▲▶
Particolare della Fig. 5.



Risultarono invece negativi alla misurazione i punti:

- 18a Gr. Int. sn (3.6, 3.7)
- 8-1 Stomaco dx (4.4, 4.5)
- 24 V. Conc. (4.4, 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4).

Tramite questi dati, confortati oltretutto dal referto radiografico ed in conformità con la diagnosi fatta mediante i nosodi delle patologie dento-parodontali (serie Z), si raggiunse la certezza che gli odontoni responsabili di attività focale erano il 3.8, il 3.5, il 4.6 ed il 4.8.

Il punto 9 Circolazione si equilibrava con due fl. di Arteria Renalis D3 Wala. Queste due fiale aggiunte nel pozzetto permettevano di raggiungere il valore esatto di 50 nei meridiani Endocrino e Rene, oltre che nel vaso Deg. Nerv. e nei plessi. Inoltre ciò si otteneva riducendo ad una sola fiala i nosodi Sto 52, STO 54 ed eliminando il HM 79. In tal modo si era sollevato il quoziente energetico del paziente, la sua capacità di compensare. In conformità con quanto asserito da Beisch il paziente soffriva di una "debolezza reni yang" evidenziata infatti da una rx diretta al rene sn, fatta successivamente, che mostrava, oltre ad un pic-

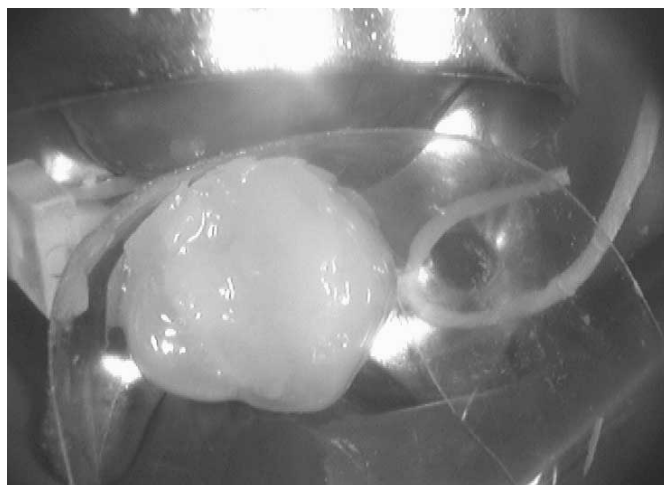
colo calcolo privo di sintomatologia soggettiva, anche una ptosi dell'organo.

Stabilita la terapia di accompagnamento si iniziò la rimozione delle amalgame nella misura di una, due al massimo, a settimana, ovviamente con l'uso della diga di gomma (Figg. 5, 6), e sostituendole con resina composita testata (Figg. 7, 8).

A tal riguardo penso sia utile aprire una parentesi per dire che, secondo la mia esperienza, usare la bassa velocità o gli strumenti a mano per togliere un'amalgama sia un lavoro immane ed impreciso ove non si riveli addirittura impossibile. L'alta velocità, mediante turbotrapano, dà sicuramente risultati migliori senza inoltre fiaccare l'integrità operativa del medico e le resistenze del paziente a causa della durata dell'intervento che diverrebbe troppo lunga. Trovo appropriato usare una fresa diamantata a palla di diametro più piccolo possibile e lavorare lungo l'interfaccia dente-otturazione per cercare di enucleare la massa di amalgama. Per maggior precisione va detto che si lavora sul tessuto dentario prospiciente la massa perché, oltre a non polverizzare il metallo, si ottiene l'eliminazione della dentina in-

Fig. 7 ▼
Elemento 1.4 dopo la rimozione dell'amalgama.

Fig. 8 ▼▶
Elemento 1.4 ricostruito con resina composita.





filtrata dall'amalgama stessa. Si procede sotto il massimo bagno d'acqua e con l'assistente che tiene l'aspiratore chirurgico immediatamente a lato della fresa. È inoltre mia abitudine far assumere al paziente la mattina dell'intervento una monodose di Sulfur 15 CH per sollecitare al massimo le funzioni eliminatorie organiche durante le ore successive.

Tornando al caso che si sta esponendo, i passi successivi furono quelli della rimozione delle protesi fisse inferiori e, accertata l'impossibilità di terapie conservative, dell'estrazione degli elementi 4.8, 4.6, 3.5, 3.8 unitamente alla radice residua del 4.7. Quest'ultimo intervento fu eseguito con accompagnamento degli organoterapici (non della Wala, come anche nel caso dell'Arteria renalis, vista la loro irreperibilità in Italia) corrispondenti ai distretti correlati con questi denti - cuore, polmone, int. tenue - secondo i rapporti dente-organo stabiliti da Voll, confermati peraltro dal test di elettroagopuntura, ed avendo anche fatto iniziare al paziente l'assunzione di Catalizzatori del ciclo di Krebs e di Chinoni.

Nel gennaio '97 si ripeté il test di E.A.V. quale rivalutazione: i meridiani Polmone, Int. Tenue e Cuore erano perfettamente equilibrati, il vaso della Cute era quasi a 50 e non mostrava più caduta.

Cosa degna di nota fu la scomparsa della positività ai nosodi Z 24, STO 52 e STO 54 che permise di non agire sugli elementi 1.5 e 3.5.

Le extrasistole ed i problemi intestinali non si ripresentarono. La cute delle mani iniziò un netto miglioramento.

A questo punto si optò per un periodo di sospensione della terapia in modo da lasciare la possibilità al paziente di recuperare al massimo la sua performance energetica, oltre a fornire all'organismo il tempo necessario per perdere la memoria dei metalli da poco rimossi così da poterne testare altri per la futura riabilitazione occlusale.

Nel maggio '97 si decise di procedere alla reintegrazione degli elementi dentari facendo ricorso all'implantologia. Inizialmente il paziente si dichiarò del tutto contrario soprattutto a causa della non buona reputazione che questo tipo di intervento ha nell'ambito della medicina naturale. Si ottenne il suo consenso solamente quando si riuscì a fargli fugare il timore che dei metalli, per di più a diretto contatto con l'osso, potessero essere causa di problematiche ancor più gravi di quelle che stava ora superando.



▲ Fig. 9 - Preparazione dell'osso per ricevere due impianti nell'emiarcata inf. sn.



▲ Fig. 10 - I due impianti alloggiati.



▲ Fig. 11 - Impianto dell'emiarcata inf. dx

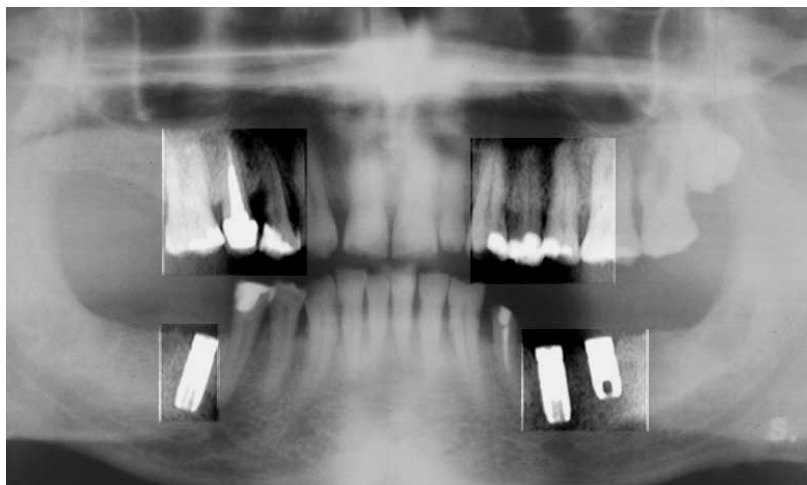


Fig. 12 ▲
Rx arcate dentarie sup. ed
inf. del 22/10/'97.



Fig. 13 ►



Fig. 14 ►



Fig. 15 ►

In giugno si testarono vari tipi di leghe al titanio (gli impianti non sono mai costituiti da Ti puro) in special modo sui plessi che erano stati riequilibrati. La più compatibile risultò quella così composta:

Azoto (max):	0.05 %
Carbonio (max):	0.10 %
Idrogeno (max):	0.013 %
Ferro (max):	0.3 %
Ossigeno (max):	0.4 %
Residui (max):	0.4 %
Alluminio:	0.0 %
Vanadio:	0.0 %
Titanio:	percentuale residua

Questa composizione mi confermò ancora una volta che la lega di Ti più tollerata è quella più vicina alla purezza.

L'intervento, eseguito in unica seduta il 04/07/'97, ebbe pieno successo (Figg. 9, 10, 11) ed il decorso post-operatorio fu ottimo anche dal punto di vista dell'impegno soggettivo del paziente. Tutto l'accompagnamento farmacologico pre- e post-operatorio fu di tipo naturale per evitare di abbassare la reattività del paziente.

Anche la quantità di anestetico locale fu ridotta al minimo grazie all'ausilio dell'agopuntura tradizionale; fu infatti possibile ottenere un buon grado di analgesia del nervo alveolare inf. con l'utilizzo dei punti:

- 3 e 4 Gr. Int. in trasfissione bilateralmente sulle mani
- 24 V. C., 6 e 7 Sto. sul volto
- ago a permanenza sull'apice del trago.

In questo modo furono sufficienti 1.6 ml. totali di Optocain 2% (mepivacaina cloridrato, adrenalina 1:100.000) iniettati con tecnica tronculare bilateralmente all'alveolare inf. per ottenere un'anestesia locale completa del mascellare inf. che ha coperto egregiamente un'intervento di circa due ore.

A tutt'oggi, nov. '97, la situazione orale (Fig. 12) evidenzia una integrazione ossea ottimale degli impianti, oltre ad una più che soddisfacente guarigione dell'osso dagli altri interventi chirurgici eseguiti. Non sono più visibili alterazioni con possibili caratteri focali.

Le problematiche di tipo generale sono scomparse e non si sono più ripresentate. La cute delle mani procede nella sua guarigione ed è quasi tornata normale (Figg: 13, 14, 15).

Il referto dell'ultimo test E.A.V. non potrebbe essere più confortante (vedi Fig. 16: stampa delle misure E.A.V. rilevate mediante BDR).

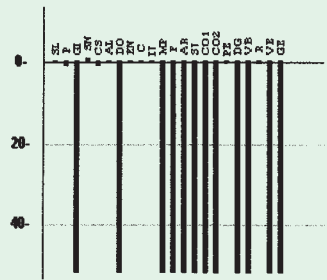


BDR bio diagnostic research

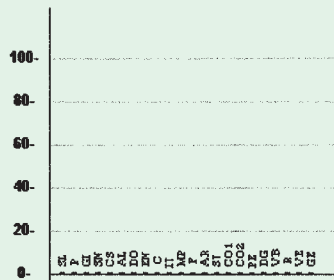
Bioritmo

Segno zodiacale Bilancia
 Organo relativo R
 Sale di Schüssler Natr. phos.

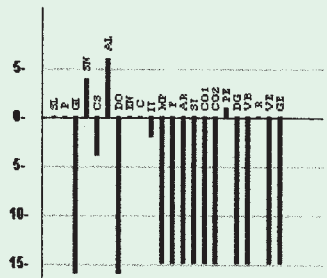
Misura



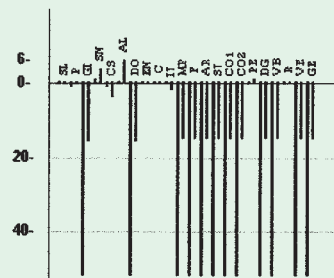
Caduta



Salita



Misura Salita



Stato generale meridiani & vasi

Simbolo	Descrizione	Misura Salita	Caduta	Pat. Dis.	
SL	Vaso Linfatico	52	16	0	X
P	Meridiano del Polmone	51	16	0	
Gi	Meridiano dell' Intestino Crasso	0	0	0	X
SN	Vaso della Degenerazione Nervosa	53	20	0	
CS	Meridiano della Circolazione	51	12	0	
AL	Vaso dell'Allergia	52	22	0	X
DO	Vaso della Degenerazione Organica	0	0	0	X
EN	Meridiano Endocrino	52	16	0	X
C	Meridiano del Cuore	52	16	0	X
IT	Meridiano dell' Intestino Tenue	52	14	0	X
	Media mani	52	16	0	

Simbolo	Descrizione	Misura Salita	Caduta	Pat. Dis.	
MP	Meridiano Milza e Pancreas	0	0	0	X
F	Meridiano del Fegato	0	0	0	X
AR	Vaso della Degenerazione Articolare	0	0	0	X
ST	Meridiano dello Stomaco	0	0	0	X
CO1	Vaso Degenerazione Mesenchimale 1	0	0	0	X
CO2	Vaso Degenerazione Mesenchimale 2	0	0	0	X
PE	Vaso della Cute	52	16	0	X
DG	Vaso della Degenerazione Grassa	0	0	0	X
VB	Merid. della Cistifellea	0	0	0	X
R	Meridiano del Rene	52	15	0	X
VE	Meridiano della Vescica	0	0	0	X
GE	Meridiano della Vescica Genitali	0	0	0	X
	Media piedi	52	15	0	

Test di ingresso 91

Dati paziente

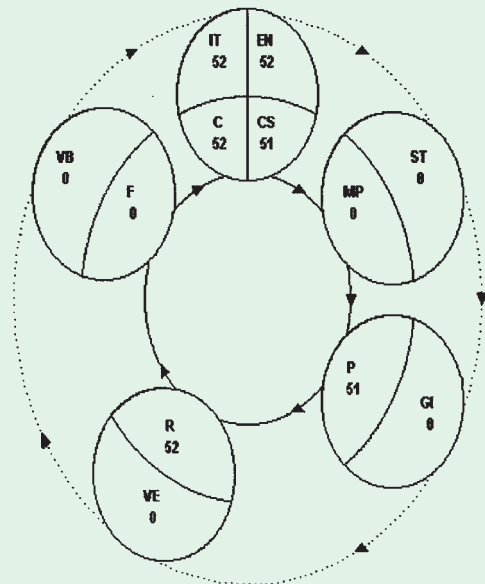
Nome L.
 Cognome E.
 Nato il 22-10-1946
 Data test 15-11-1997
 Ora test 15.18

Test eseguito utilizzando i Punti selezionati di ogni meridiano

Logge energetiche

Logge	1	2	3	4	5							
Valore	0	51	0	25	26							
Differenza	-52	-1	-52	-27	-26							
Meridiani	C	IT	VE	R	CS	EN	VB	F	P	GI	ST	MP
Valore	0	0	-52	0	-1	0	-52	-52	-1	-52	-52	-52

Orologio energetico



Problematiche da verificare

A seguito del test organometrico effettuato in Data 15-11-1997 Ore 15.18;

Ai seguenti Punti
 GI DO MP F AR ST CO1
 CO2 DG VB VE GE
 si denota :
 MISURA ALTA

Ai seguenti Punti
 SL AL EN C IT PE R
 si denota :
 MISURA BASSA

Indicazioni del medico

15/11/97

BARDARO Dott.Salvatore



BIBLIOGRAFIA

1. ANGELOPOULOS A. P., GOAZ P. W. - Oral Surg., 34, 898, 1972.
2. BACHMANN G. - Die Akupunktur- eine Ordnungstherapie., Haug Verlag Ulm.
3. BARDARO S. - Le patologie pulpari e la devitalizzazione del dente in medicina biologica, Rimini, Club Omotossicologia, 2° meeting, 1996.
4. BARDARO S. - Medicina Biologica e Odontoiatria, Roma, Seminario A.I.O.T., 1996.
5. BARDARO S. - Sulla validità scientifica delle medicine complementari e sulle loro applicazioni in ambito odontoiatrico, Omeopatia Oggi, Ed. I.M.O., Sett. 1997.
6. BEISCH K. - Die anatomisch-physiologische Entsprechung der Yang-Niere. Akupunktur, Theorie und Praxis. MI-Verlag, Uelzen.
7. BIRKMAYER J. D., DAUNDERER M., RE-SCHENHEFER E. - Depositi di mercurio nell'organismo in rapporto al numero di otturazioni con amalgama, Medicina biologica e odontoiatria naturale, 4, 1990.
8. BURK W., - Oraler galvanismus zwischen Amalgamfüllungen und Kronenlegierlungen, Dtsch. zshr. f. biolog. zahnmed., 5, 1989.
9. DAUNDERER M. - Miglioramenti a livello immunologico e neurologico dopo il risanamento degli amalgami, Medicina e odontoiatria naturale, 1, 1990.
10. DECHAMBRE A. - Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Masson, Paris 1886.
11. DE MICHELIS B., MODICA R., RE G. - Trattato di clinica odontostomatologica. 2nda Edizione, Minerva Medica Edizioni.
12. DUKE M. - L'Agopuntura, filosofia, tecnica ed applicazione della medicina tradizionale cinese, Oscar, Casa Mondadori, 1973.
13. EVANS A. S. - Causation and Disease: The Henle-Koch postulates revisited, Yale Journ. Biolog. Med., 49, 175-95, 1976.
14. GOSAU H. D. - Herdwirksame iatrogene Schaden durch unbiologisches Zahnersatzmaterial, Dtsch. zshr. f. biolog. zahnmed., 5, 1989.
15. KING L. S. - Dr. Koch's Postulates, Journ. Hist. Med., 7, 350-61, 1952.
16. MORANDI - Aspetti del problema della localizzazione dei Morbi, Atti Congr. Soc. Ital. Med. Int., Roma, 1954.
17. PERGER H. - Inquinamento da mercurio a causa di amalgama ed altri inquinanti ambientali, Dalla dispensa n° 3 della Soc. Med. Biocibernetica (tradotta dal tedesco).
18. ROST A. - Focolai della bocca, dei denti e delle mascelle. Risanamento e terapia di accompagnamento, Riv. It. Omot., Ottobre 1984.
19. SLOTS J., RAMS T. - Antibiotics in periodontal Therapy: advantages and disadvantages, J. Clin. Periodontol., 7, 479-493, 1990.
20. THOMSEN J. - Sintomi da inquinamento da amalgami, Medicina e odontoiatria naturale, 1, 1990.
21. VOLL R. - Wechselbeziehungen von Odontonen und Tonsillen zu Organen, Störfeldern und Gewebssystemen, Med. Liter. Verlagsgesellsch. Uelzen, 1978.
22. VOLL R. - Meßpunkte für die Steuerung des vegetativen Systems auf 28 Tafeln dargestellt, MLV, 1986.
23. VOLL R., WERNER F. - Elektropunkturbüfel. Interpretation der Akupunkturregeln des Energieausgleichs. Med. liter. Verlagsgesellsch. Uelzen, 1978.
24. ZOLK W. B. - La debolezza Reni Yang e le sue relazioni nel campo odontoiatrico, Atti 1° Congr. A.M.I.D.E.A.V., 1996.

INDIRIZZO DELL'AUTORE

Dott. Salvatore Bardaro - Medico Dentista
Via Mar della Cina, 304 - 310 Roma