



SULLA RISOLUZIONE DI LESIONI ODONTOGENE CON POSSIBILE AZIONE FOCALE MEDIANTE L'ELIMINAZIONE DI CAMPI DI DISTURBO DENTALE

“Quale sia il carattere di una malattia, le funzioni del medico si riducono sempre a dirigere o eccitare gli sforzi dell'organismo e a lasciarlo agire”

Dictionnaire des sciences medicales, Panckoucke, 1819, voce: Médecin

Secundo il *Principio di Conservazione dell'Energia*, il bilancio energetico globale dell'universo rappresenta una costante ($\Delta E_{\text{universo}} = 0$).

L'energia non può essere creata né distrutta ma solo trasformata da un tipo in un altro.

Joule facendo scorrere energia elettrica lungo un filo metallico osservò che questa diminuiva la sua velocità con perfetta reciprocità rispetto a quanto aumentava il calore (energia termica) del filo stesso.

Rudolf J. E. Clausius, stabilendo il principio di conservazione dell'energia e rendendo quindi noto che il cambiamento finale di essa nell'universo è sempre uguale a zero, affermò che l'unico elemento davvero variante è la *Mesciolanza* dei diversi tipi di energia (termica, meccanica, solare, acustica ecc.).

Lo stesso Clausius ha però successivamente decretato anche il *Principio di Non Conservazione dell'Entropia* ($\Delta S_{\text{universo}} > 0$) che sancisce il continuo aumento dell'entità entropica dell'universo.

Considerando una macchina a vapore possiamo quindi dire che il calore che fuoriesce inutilizzato dalla caldaia e il lavoro che viene dissipato per azione dell'attrito, superano sempre la quota di calore (energia termica) trasformata utilmente in lavoro (energia meccanica).

Tale porzione energetica sprecata va a far parte dell'entropia universale e rappresenta un processo irreversibile.

Sia che avvengano variazioni entropiche positive (calore disperso, lavoro in attrito), o negative tramite la coazione di macchine (calore in lavoro, calore dal freddo al caldo tramite refrigeratori), nella totalità dei casi si ha sempre come risultante l'aumento dell'entropia universale.

Questa continua dissipazione rende possibile la costituzione di uno stato energetico di valore intermedio, ma di quantità sempre crescente, che avvicina il cosmo ad una situazione di quiete eterna poichè va annullandosi il gradiente energetico pur mantenendosi costante l'energia globale. Per intenderci possiamo figurarci delle continue trasformazioni di acqua fredda in calda e viceversa finchè, consumando fatalmente e irreversibilmente in questi processi tutta l'energia disponibile, si arrivasse a poter avere solo una totalità di acqua tiepida.

Questa è forse la legge più importante in natura poichè avendo valore ecumenico ci dice qual'è la direzione dell'universo e quindi perchè tutto invecchia e muore.

Boltzmann tramite una dimostrazione matematica stabilì che l'entropia è al tempo stesso una misura della *disorganizzazione* e pertanto l'universo diviene non solo sempre più tranquillo ma anche più caotico.

L'interpretazione caotica dell'entropia data da Boltzmann fa apparire la sua natura ancor più orribile e crudele soprattutto perchè questi risultati, dovendosi applicare a qualunque tipo di macchina reale, riguardano anche gli organismi viventi e quindi la macchina umana.

In definitiva l'universo è un predatore della vita e del comportamento vitale delle cose.

Estrapolando dobbiamo affermare che la vita è un atto innaturale, una sfida ai principi della natura, la contraddizione, seppur momentanea, del disordine naturale delle cose.

La creazione della vita corrisponde alla *massima variazione entropica negativa* della macchina perchè fa diminuire la disorganizzazione dell'universo; l'organismo umano, essendo la macchina più organizzata, complessa ed efficiente che esista, ne è l'espressione estrema.



Tali argomentazioni, oltre a rendere ragione del perchè da sempre si parli del *miracolo della vita* e dell'inestimabile valore di questa, sanciscono due principi su cui soprattutto noi medici dobbiamo riflettere:

- il primo è che il motore della vita (Chiunque o Qualsiasi cosa sia) possiede un'enorme potenza, una sensazionale *vis a tergo* che, essendo propria dell'organismo, è nostro dovere rispettare e utilizzare;
- il secondo, diretta conseguenza del primo, ci dice che quando interveniamo in maniera drastica, traumatica, antivitale sovvertendo gli equilibri più delicati e preziosi, non facciamo altro che impegnare smodate quantità di energia in uno spostamento che va a positivizzare irreversibilmente l'entropia cosmica a scapito dell'economia energetica dell'individuo.

È in questo contesto di valori generali inoppugnabili che la medicina biologica trova la massima legittimazione nel compito di far procedere il più oltre possibile e con il massimo dell'efficienza la macchina uomo attraverso un tal rio e procelloso pelago. Essa infatti in tutte le sue espressioni (es. Omeopatia, Omotossicologia ecc.) non ha, in ultima analisi, altra funzione che quella di *drenaggio*, inteso nel senso più ampio ed elevato del termine, diretto a sgravare l'organismo da tutto ciò che opprimendolo ne reprime l'efficienza funzionale.

La metodica E.A.V., integrandosi egregiamente in tale realtà, rappresenta uno strumento prezioso capace di un apporto determinante nel trattamento biologico del paziente.

Tuttavia, inamovibile dalle convinzioni già espresse in questa sede un anno fa, ribadisco in modo se possibile rafforzato, e le teorie sopra esposte mi confortano ulteriormente, che la sostanzialità di codesta metodica si ravvisa appunto nel *risollevamento della potenza autoregolatrice* che è alla base del buon funzionamento dell'organismo. Tale fine primario non va infatti sostituito o confuso, come accade di sovente, con la mera e scarna ricerca di ciò che fa male o bene e che a sua volta configura unicamente uno dei momenti di passaggio nel perseguimento di quello che è il reale presupposto della guarigione.

Perciò solo rifuggendo da certe costrizioni di ottica mentale possiamo riappropriarci delle potenzialità che l'E.A.V. ci offre al fine di assicurare al paziente la massima disponibilità energetica la quale, insieme alla capacità di ottimizzarne la gestione, rappresenta la condizione necessaria e sufficiente affinché egli si avvii sul sentiero del risanamento.

Sarà così che lo avremo curato nel modo più ergonomico.

CASO CLINICO

La circostanza di seguito riportata fa parte di quei casi complessi con esito felice che, a mio avviso, possono essere interpretati solo facendo riferimento ai principi generali fin qui esposti.

Infatti non soffermandoci su tali conoscenze e soprattutto non applicandole al nostro lavoro facendo le dovute speculazioni, lo archiveremo fra gli episodi dalla risoluzione fortuita o fortunosa (qualora si verificasse tale evenienza) con bassissima percentuale di ripetibilità.

Operando in tal modo ci arricchiremo solo di inutile empirismo e perderemo la impagabile opportunità di acquisire nozioni e vedute generali da utilizzare specialmente nei casi più intricati che sono quelli di rara, o perlappunto fortuita, soluzione.

Se nella vicenda di questo paziente, così come in quella di molti altri, avessi agito rifacendomi solo alle estesissime liste che, soprattutto in odontoiatria, annoverano tutto ciò che è tossico e alle quali ogni giorno qualcuno si premura di aggiungere qualcosa di nuovo, starei ancora facendo il "segugio" dell'E.A.V. dal momento che avrei di certo trovato un'infinità di tossici ma non avrei risolto il caso o perlomeno non ci sarei riuscito in maniera così conservativa ed, appunto, ergonomica.

Esposizione

Il paziente D. I., anni 27, giunse nel mio studio nel maggio '98 per sottoporsi a terapie odontoiatriche tradizionali non essendo affatto informato di che cosa fosse l'odontoiatria biologica né tantomeno che io l'esercitassi.

Ad un primo esame obiettivo accertai la presenza di alcune carie di diversa entità con sintomatologia più o meno accentuata che richiedevano dei normali interventi di tipo conservativo. Erano presenti anche altri denti già curati e con delle pregresse ricostruzioni in amalgama che avrebbero dovuto essere rinnovate avendo in gran parte perso l'anatomia occlusale ed il sigillo marginale per usura.

Il paziente dopo essere stato messo al corrente decise però, come spesso accade quando non si ha una sintomatologia viva, di rimandare le sostituzioni ad un secondo tempo e di trattare per il momento solo i denti cariati.

Comunque richiesti, come faccio sempre, una radiografia ortopantomica per accertarmi di situazioni nascoste.

La mia scrupolosità, in questo caso, non si rivelò un eccesso di zelo poiché riscontrai l'esistenza di una grossa cisti radicolare odonto-



gena a carico della radice mesio-vestibolare del 3.6 che oltretutto, per compressione, aveva causato un accentuato riassorbimento dell'apice della radice stessa (Fig. 1).

Questa cisti, che stando a ciò che riferiva il paziente aveva sempre avuto decorso silente quanto a sintomatologia soggettiva, riconosceva come causa verosimile l'esecuzione impropria di una terapia canalare la quale, effettuata molti anni prima, appariva sottoestesa a livello della radice interessata.

Iniziai pertanto la revisione di tale terapia canalare aprendo il dente e andando a ripercorrere i canali cercando di rimuovere il materiale utilizzato per la loro otturazione.

Purtroppo mi resi conto ben presto dell'impossibilità di poter effettuare tale manovra in maniera completa ed ottimale a causa del tipo di materiale che era stato utilizzato e di false strade praticate durante la alesatura dei canali. Inoltre, tramite radiografie endorali eseguite e processate con il computer, ebbi la quasi certezza della presenza di canali laterali e secondari a livello del terzo apicale che era stato peraltro disorganizzato anatomicamente dalla compressione (Fig. 2).

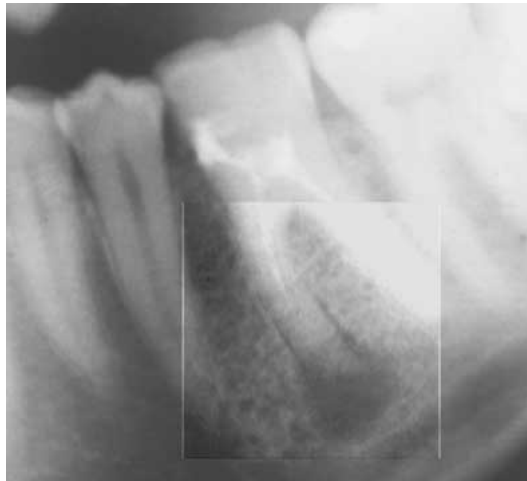
Comunque proseguì ugualmente facendo tutto ciò che era possibile.

Alesai i canali al meglio che mi era consentito, li irrigai in maniera tradizionale con ipoclorito di sodio al 3%, feci dei lavaggi con fiale di prodotti omotossicologici (nei casi di patologie che si esprimono in modo subacuto-cronico ossia ipoergico, associai l'immanicabile Arnica compositum con Engystol, riservando l'Echinacea compositum per eventi più vivaci), praticai delle medicazioni intermedie riempiendo i canali con crema di calendula, compresse triturate di Arnica compositum e ossido di calcio in polvere approntando così una terapia ocalessica di tipo biologico che, dandomi da anni ottimi risultati, utilizzo ogni volta che voglio raggiungere le estreme diramazioni dei canali stessi (specifico che non è possibile usare questo impasto come chiusura definitiva perchè va incontro a riassorbimento completo nello spazio di circa quindici giorni oltre a essere pochissimo radiopaco e quindi a sottrarsi a qualsiasi successivo controllo).

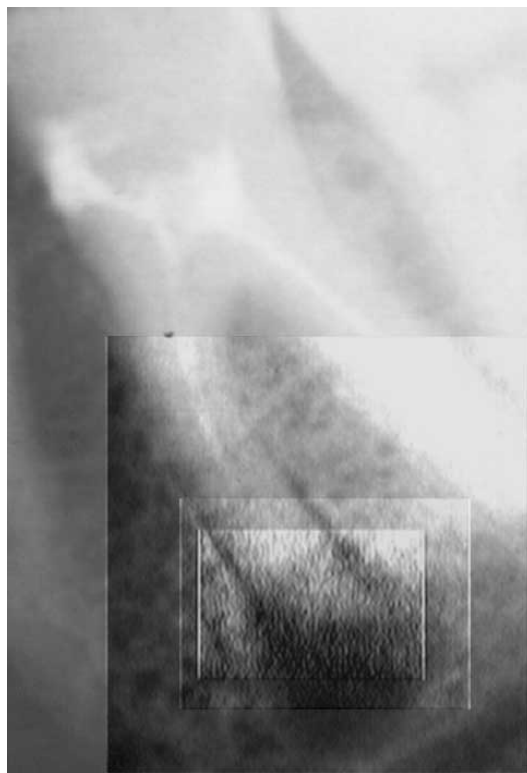
Nello spazio di due mesi non si osservò alcun miglioramento obiettivo.

Pensai allora che trattandosi di una patologia di tipo cronico avrei potuto forse trovare la soluzione aiutandomi con la ricerca di qualche nosodo specifico mediante l'E.A.V. per sbloccare la situazione di questo dente.

Credo possa essere utile ricordare che la cisti radicolare è una delle barriere che la rispo-



◀ Fig. 1
Regione interessata dell'arcata dentale inferiore evidenziata sull'ortopanoramica del 06/06/1998.



◀ Fig. 2
Scompaginamento del 1/3 apicale ed evidenza di canalicoli accessori.

sta infiammatoria mette in atto facendo ricorso a tre fasi principali: vasodilatazione, aumento della permeabilità capillare e arrivo in massa di cellule fagocitiche.

La vasodilatazione e l'aumento della permeabilità capillare permettono l'arrivo ai tessuti anche di enzimi responsabili della coagulazione. Il processo coagulativo, mediante la deposizione di filamenti di fibrina, delimita la zona del processo infiammatorio ed ostacola la propagazione dell'infezione. Anche se nell'evenienza specifica delle cisti odontogene questi processi causano la stimolazione e l'organizzazione, appunto in cisti, delle cellule epiteliali del Malassez (vestigia dell'Organo dello Smalto che in periodo embrionale presiede alla formazione dello smalto del dente), si verifica in tutti i casi una diminuzione della



tensione di ossigeno a causa della riduzione della circolazione. Viene favorita così la crescita di batteri anaerobi e la diminuzione delle attività riparative dei tessuti. Spesso questo sequestro di germi è all'origine della formazione di foci patogeni che costituiscono punti di fuga di energia dall'organismo e fonti di intossicazione cronica per il mesenchima. L'E.A.V. valuta proprio tale intossicazione cronica e la fuga di energia, non la patologia in sé; è principalmente per queste motivazioni che l'E.A.V. trova raramente applicazione nelle lesioni acute quali per esempio gli ascessi dentari.

Sul punto 2 V.L. sx. misurai un valore di 85 con caduta accentuata indicante quindi la presenza di un focus attivo. Il punto 18a I.C. sul volto, avendo il valore di 90 con caduta, mi confermava che il dente responsabile era proprio il 3.6.

Non indagai oltre perchè era solo la problematica della cisti intesa in senso fisico quella che mi si chiedeva di risolvere.

Al test dei medicinali ebbi positività per i nosodi:

- Z 10 (Zhanwurzelgranulom)
- Z 11 (Kieferostitis)
- Z13 (Radiculaere Cyste)
- Z 47 (destr. Granulationsgewebe).

Pur utilizzando più di tre fiale in diluizione D3 di ogni medicamento il valore del punto non scendeva però sotto 70 anche se si negativizzava quasi completamente la caduta.

Associai tuttavia una terapia d'accompagnamento scelta sempre con il test (Hepar sulf., Kreosotum e Nux vomica).

Prescrissi il tutto al paziente dopo averlo informato che si trattava solo di un tentativo dai risultati per nulla assicurati.

Era abbastanza scoraggiante constatare che, sebbene fossi già intervenuto nelle modalità esposte (sappiamo che se necessitano in media più di due fiale di questi nosodi non è sufficiente la sola cura medicinale), non era stato possibile ottenere un valore migliore.

Sembrava quindi prendere sempre più corpo la necessità d'intervenire in maniera più drastica facendo ricorso alla chirurgia mediante un intervento di apicectomia o addirittura di rimozione in toto del dente.

Circa tre anni fa, in una relazione sull'argomento delle problematiche inerenti le patologie pulpari e i denti devitalizzati, espressi il mio disaccordo con gli orientamenti di pensiero, perlomeno allora più in voga, che ritenevano, invero troppo estremisticamente, l'estrazione dei denti responsabili di problemi a

distanza l'unica terapia possibile da adottare in queste evenienze.

Sopraspedendo a tutte le implicazioni che scaturiscono da un simile assetto di pensiero e a tutte le considerazioni che se ne possono fare (per queste si rimanda alla trattazione in questione), asserii che c'erano altre possibilità di operare una terapia risolutiva prima di arrivare all'estrazione.

Quest'ultima infatti, oltre a dover essere sempre considerata come l'ultima ratio soprattutto da medici che si presuppone agiscano nel massimo rispetto dell'organismo salvaguardando e conservando tutte le sue parti, apre la strada a una serie di possibili complicazioni che, soprattutto nella tematica del rapporto dente-organi e in quella della riabilitazione oclusale, possono rivelarsi non meno gravi del problema primitivo.

Stabilii pertanto, per i denti devitalizzati, tre livelli d'intervento descrivendone le modalità d'attuazione biologica e consistenti in (secondo un ordine di gravità del caso):

- 1) Terapia farmacologica stabilita mediante E.A.V.
- 2) Revisione terapia canalare + 1)
- 3) Apicectomia + 1) + 2)

Purtroppo in questa circostanza abbiamo visto l'infruttuosità dei primi due livelli.

Le condizioni per operare un'apicectomia erano invece nel caso di questo molare inferiore, come peraltro spesso accade, non ideali a causa della sede e delle contiguità anatomiche che avrebbero reso molto complesso l'intervento; non è raro inoltre determinare, durante interventi indaginosi, residui cicatriziali osteo-mucosi con possibile esito focale.

A questo punto, riflettendo su una possibile via d'uscita, pensai a tutti quei pazienti in cui, pur essendo presenti terapie odontoiatriche imperfette, non vi è il riscontro di alcun sintomo soggettivo e/o obiettivo né in ambito clinico accademico nè, mi si passi il termine, in quello clinico bioenergetico.

Questa considerazione mi permise d'un tratto di affrancarmi dagli impastoiamenti della medicina tradizionale e di recuperare quello che è il concetto su cui si fonda la medicina naturale: *una patologia esiste, si manifesta, se c'è un terreno che glielo permette*, ossia se l'energia disponibile non è sufficiente ad avviare un meccanismo di compenso e di conseguente riequilibrio.

Testai quindi il paziente accantonando per ora il problema focale e concentrandomi invece su quella che era la condizione energetica globale.



Le misurazioni che per punti e valori si rivelarono più significative furono le seguenti:

Mer./Vaso:	Punto =	Dx;	Sn
Polmone:	10d	= 84 -6;	85 -6
	10c	= 86 -6;	85 -6
	9a	= 82 -5;	83 -5
Int. Crasso:	1a	= 84 -6;	81 -5
	1b	= 86 -7;	83 -6
Deg. Nerv.:	1a	= 83 -6;	84 -7
	Circolaz.:	9	= 86 -6;
8e		= 82 -6;	81 -6
8c		= 80 -5;	82 -4
Endocr.:	1a	= 82 -4;	86 -7
Cuore:	8e	= 79 -4;	80 -6
Int. Tenue:	1a	= 80 -4;	79 -4
Deg. Art.:	2	= 83 -6;	84 -7
Stomaco:	44c	= 80 -5;	79 -5
V. B.:	43c	= 80 -4;	79 -5
	43b	= 80 -5;	80 -4
Rene:	1-2	= 81 -4;	80 -5
	1-3	= 82 -4;	82 -6
Vescica:	66c	= 82 -6;	81 -4
	63	= 9 -4;	80 -5

Prendendo in esame questi risultati si evidenziavano tre aspetti peraltro interdipendenti: la sicura esistenza di campi di disturbo da tossici (valori alti con forte caduta a livello dei plessi), la possibile presenza di una debolezza reni yang e una probabile azione focale del 3.6 diretta verso gli organi correlati (int. crasso, polmone e cinto scapolare).

Sulla base di queste valutazioni procedetti al test dei medicamenti e, tramite i nosodi sottoelencati, ottenni una quasi completa regolarizzazione dei valori con totale scomparsa delle cadute dell'indice:

- ZW 21 (Silberamalgam) 7fl. D6
- ZW 20 (Kupferamalgam) 4fl. D6
- HM 79 (Cuprum met.) 4fl. D6
- HM 31 (Mercurius sol. H.) 4 fl. D6
- Z 24 (Wurzelbehandelter Z.) 2 fl. D3

Come terapia d'accompagnamento testai:

- HM 1 (Sulfur)
- HM 255 (Hyoscyamus)
- HM 22 (Phytolacca)

Quando ho positività per Z 24 vado sempre a ricercarne la possibile causa testando i prodotti di degradazione proteica provenienti dalle radici dei denti devitalizzati.

Vidi così che potevo sostituire le due fiale D3 di Z 24 con due fiale D5 di STO 54 (Tioetere).

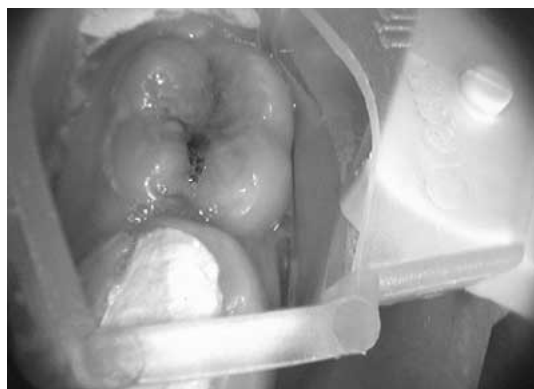
Altra cosa che sono solito fare quando trovo forti alterazioni sul punto 9 Circolazione, è andare ad equilibrarlo alla fine del test con l'organoterapico Arteria renalis D3 Wala perchè nove volte su dieci si hanno degli effetti sorprendenti.

Anche questa volta infatti, oltre ad equilibrarsi il punto, migliorarono ulteriormente gli altri valori e si ridusse la quantità necessaria di STO 54 ad una sola fiala D5.



◀ Fig. 3 (a sinistra) Alcune delle amalgame presenti.

◀ Fig. 4 (a destra) Diga montata per la rimozione di una amalgama.



◀ Fig. 5 (a sinistra) Stessa amalgama della fig. 5 dopo essere stata rimossa.

◀ Fig. 6 (a destra) Rimozione di una amalgama con minidiga in uno dei denti che per sede e anatomia non ha consentito il montaggio della diga classica.



Fig. 7 ►
Primo netto
miglioramento appena
rimosse due sole
amalgame.

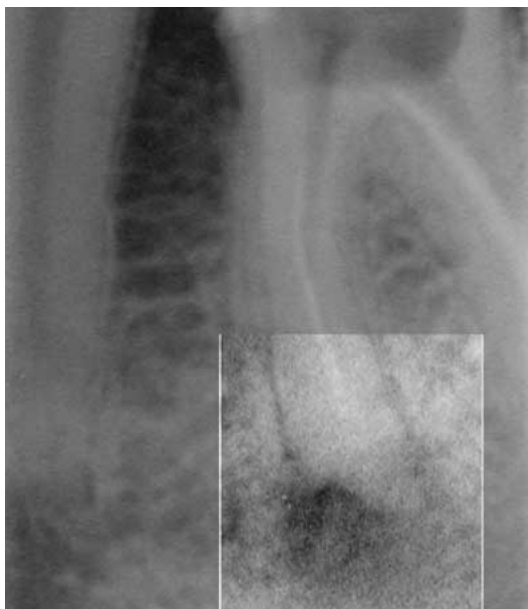


Fig. 8 ►
Ulteriore riduzione della
cisti.



Fig. 9 ►
Situazione al 10/11/1998
con terapia canalare
finita: la lesione mostra
di essere avviata verso la
completa guarigione.



Con rinnovato entusiasmo andai a rimisurare il punto 2V.L. che però, con mia grande delusione, non mostrò un cambiamento significativo pur avendo conservato nel pozzetto le fiale del primo test.

Proposi comunque al paziente, che peraltro presentava sintomi aspecifici riconducibili a campi di disturbo, la rimozione delle amalgame accompagnata dalla terapia farmacologica testata (Figg. 3, 4, 5, 6).

Dopo circa venti giorni, quando avevo rimosso due sole amalgame, feci una rx endorale di controllo al dente 3.6 che mostrò, lasciandomi stupefatto, un netto processo d'involuzione della cisti denotato, oltre che dall'accentata diminuzione delle sue dimensioni, anche dalla scomparsa del tipico orletto cistico, dalla riformazione della trama ossea e dalla ricomparsa del perimetro corticale attorno alla radice del dente (Figg. 7, 8).

A tutt'oggi è passato circa un mese da quell'evento, le amalgame sono state tutte rimosse, e la cisti è completamente scomparsa essendo residua solo una piccolissima nicchia apicale dove l'osso si sta progressivamente riorganizzando (Fig. 9).

Nel frattempo ho naturalmente completato la terapia canalare nella estensione massima possibile ed utilizzando materiali che al test di tolleranza, unendoli ai nosodi sopra citati, non hanno spostato i valori ottenuti a livello dei plessi.

All'ultimo test E.A.V. del paziente ho riscontrato, rispetto all'ultimo esame, valori stabili, anche se ancora non perfetti, a livello dei plessi. Nessuna variazione si è verificata nel 2V.L. che è rimasto a 65 circa. La caduta dell'indice è scomparsa dappertutto.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

È nozione acquisita che non è possibile agire su un focus se esiste un campo di disturbo che blocca i meccanismi di regolazione atti ad eliminare questa noxa.

Abbiamo sempre parlato però di quella che è l'attività focale di una lesione e non anche di quelli che sono i connotati fisici della lesione stessa.

Questo caso ha invece evidenziato che la rimozione dei campi di disturbo ha permesso di annullare oltre alla focalità, anche l'impalcatura anatomo-patologica della lesione che la sostiene, riuscendo quindi ad ovviare alle condizioni che ne hanno determinato la formazione e su cui è purtroppo impossibile agire in toto in situazioni come questa senza ricorrere ad interventi più radicali.



Il non aver ottenuto dei valori ideali al test E.A.V. è a mio avviso solo una condizione temporanea tendente all'ottimizzazione futura. Va tenuto conto infatti della memoria che l'organismo possiede per i metalli, del tempo di cui necessita per riequilibrarsi completamente e del fatto che obiettivamente permangono delle condizioni reali di imperfezione perlomeno a livello delle radici del dente in questione.

Dobbiamo sempre pensare che purtroppo la perfezione non appartiene a questo mondo e quindi siamo a volte costretti ad accettare condizioni di compromesso che comunque ben vengano se queste sono le espressioni, per così dire, fenotipiche che ne scaturiscono.

È tuttavia il fatto di aver avviato un circolo virtuoso ciò che fa presupporre il riscontro di valori migliori ad un prossimo test di controllo.

Questa esperienza comunque consacra maggiormente il principio che, prima di fronteggiare determinate questioni quali foci, intolleranze alimentari, lesioni e malfunzionamenti d'organo in senso specifico, è bene agire sulle problematiche che inficiano ubiquitariamente l'efficienza reattivo-regolativa del paziente. Va infatti ricercata sempre, muovendosi con una visione di respiro olistico ancor più allargato, la chiave per sviscerare tutta l'enorme potenzialità di autoguarigione posseduta dall'organismo che, identificandosi con quella carica energetica capace di negativizzare l'entropia, gli permette di essere in contraddizione, perlomeno temporanea, con l'indirizzo universale delle cose. ■

BIBLIOGRAFIA

1. ADA - Council on Dental Materials, Instruments and Equipment: Recommendations in dental mercury hygiene, 1984, JADA 109:617-9.s
2. ANGELOPOULOS A. P., GOAZ P. W. - Oral Surg., 34, 898, 1972
3. BACHMANN G. - Die Akupunktur- eine Ordnungstherapie., - Haug Verlag Ulm
4. BARDARO S. - Le patologie pulpari e la devitalizzazione del dente in medicina biologica, Rimini, Club Omotossicologia, 2° meeting, 1996- Suppl. La Medicina Biologica, n°2-1996
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. BARDARO S. - L'Ottimizzazione del livello energetico-reattivo del paziente quale intento primario della meto-dica E.A.V., E.A.V.-notiziario A.M.I.D.E.A.V.- n°2 Dic. 1997
7. BARDARO S. - Le Gengiviti: analisi omotossicologica e collocazione nella tavola delle fasi, La Medicina Biologica, Ed. GUNA, Genn. 1998
8. BIANCHI L., RANDI E. - Le verità dissonanti, Biblioteca di cultura moderna, Ed. Laterza, 1994
9. BEISCH K. - Die anatomisch- physiologische entspre-chung der Yang-Niere, Akupunktur, Theorie und Praxis, MI-Verlag, Uelzen
10. BERLIN M. MERCURY. IN FRI-BERG L, NORBERG GE AND VOLK V, EDS. Handbook on the toxicology of metals ,vol. 2, ed. 2. Specific metals. Elsevier, NY, 1986 pp 387-445
11. CARERI G. - Ordine e disordine nella materia, Biblioteca di cultura moderna, Ed. Laterza, 1992
12. DE MICHELIS B., MODICA R., RE G. - Trattato di clinica odontostomatologica, 2nda ediz., Ed. Minerva Medica
13. GOSAU H. D. - Herdwirksame iatrogene schaden durch unbiologisches zahnersatzmaterial, Dtsch. zshr. f. biolog. zahnmed., 5, 1989
14. KOLLMER E. P. - Focolai e campi di disturbo, Riv. It. Omot., Ott. 1984
15. LUEBKE R. G. - Evolution of root canal therapy, J.A.D.A., 2, 8, 1975
16. RECKEWEG H. H. - Materia medica omeopatica, Ed. GUNA, 1990
17. ROSTA. - Focolai della bocca, dei denti e delle mascelle. Risanamento e terapia di accompagnamento, Riv. It. Omot., Ott. 1984
18. SELLERI F. - Paradossi e realtà. Saggio sui fondamenti della microfisica, Biblioteca di cultura moderna, Ed. Laterza, 1994
19. TAYLOR K. M. - Physicians and disclosure of undesirable information, Biomedicine Examined, Kluver, Dordrecht, pp. 441-64
20. THOMSEN J. - Sintomi da inquinamento da amalgami, Medicina e odontoiatria naturale, 1, 1990
21. VOLL R. -Wechselbeziehungen von odontonen und ton-sillen zu organen, storfeldern und gewebssystemen, Med. Liter. Verlagsgesellsch. Uelzen, 1978
22. VOLL R., WERNER F. - Elektropunkturbifel. Interpretation der akupunkturregeln des energieausgleichs, Med. Liter. Verlagsgesellsch. Uelzen, 1978
23. VOLL R., RUF I. - Nosodi e terapia d'accompagnamento in EAV, Staufen-Pharma, 1988
24. WHITE R. R., BRANDT R. L. - Development of mercury hypersensitivity among dental students, J.A.D.A., 92:1204-7, 1976
25. 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.