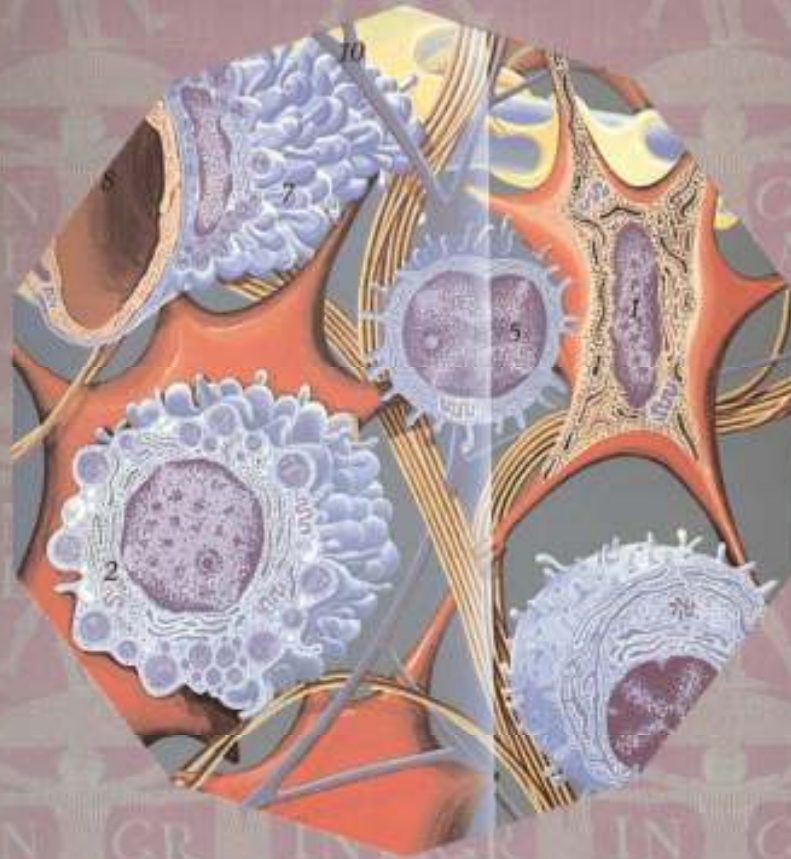


integrale

Neuraaltherapie en het basisbioregulatiesysteem



H. Lamers

gezondheidszorg

H. Lamers
met medewerking van M. Bottu

Neuraaltherapie en het basisbioregulatiesysteem



Uitgeverij Ankh-Hermes bv - Deventer

Integrale gezondheidszorg, deel 2

1. Paranormale geneeskunst
2. Neuraaltherapie en het BBRS
3. Homeopathie en bloesemtherapieën

CIP-GE6EVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG
Lamers, H.
Neuraaltherapie en het BBRS / H. Lamers ; met medew. van
M. Bottu ; eindred.: G.J. van Lamoen. - Deventer :
Ankh-Hermes. - Hl. - (Integrale gezondheidszorg ; dl. 2)
net lit. opg.
ISBN 90-202-1829-8
SISO 611.9 UDC 615.85 NUSI 747
Trefw.: neuraaltherapie / basisbioregulatiesysteem.

@ 1988 Uitgeverij Ankh-Hermes bv, Deventer
Uit deze uitgave mag uitsluitend iets verveelvoudigd, opgeslagen
in een ge-
automatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt worden
door middel
del van druk, fotokopie, microfilm, opnamen, of op welke andere
wijze ook,
hetzij chemisch of mechanisch, na voorafgaande schriftelijke
toestemming van de uitgever.
And/or transmitted in any form by print, photoprint- microfilm,
recording,
or other means, chemical, electronic or mechanical, with the
written
permission of the publisher.

Inhoud

Ten geleide van M. Bottu	9
Inleiding van G.J. van Lamoen	13
Verantwoording	15
1. De geschiedenis van de neuraaltherapie	27
a. De geschiedenis van de neuraaltherapie in West-Europa	27
b. Oost-Europa en haar geschiedenis die verband houdt met de neuraaltherapie	39
c. Recente geschiedenis rond de neuraaltherapie.	46
2. Het basisbioregulatiesysteem (BBRS) of het grondstelsel volgens Pischinger	52
3. De werking van de neuraaltherapie	75
a. De segmenttherapie	75
b. Stoorveldbehandeling	77
c. Het stoorveld	88
4. Verschillen tussen neuraaltherapie en reguliere therapie	94
a. Grenzen van de neuraaltherapie	96
b. Neuraaltherapeutische toepassingsgebieden	98
5. De neuraaltherapeutische praktijk	101
a. Algemeen	101

1.Segmenttherapie	112
2.Neuraaltherapeutische stoorveldbehandeling .	116
3.De interactie van stoorveMen	126
b. Diagnostiek in de neuraaltherapie	134
Verantwoording achteraf	146
Literatuur	160
Adressen	162

De serie Integrale Gezondheidszorg belicht nieuwe maar ook oude ontwikkelingen en vondsten die het tot stand komen van een integrale gezondheidszorg helpen bevorderen.

Op weg naar een integrale gezondheidszorg

Integraal betekent: volkomen, een geheel vormend. Bij een integrale gezondheidszorg staat de gehele mens centraal. En het geheel is meer dan een eenvoudige optelsom van onderdelen. Gezondheid is dan een toestand van 'heel' zijn, een dynamisch evenwicht tussen lichaam, psyche en geest-en tussen het menselijk organisme en zijn omgeving. Tot die omgeving behoren: de familie, de gemeenschap, de maatschappij, het ecosysteem en uiteindelijk de kosmos. Ziekte en gezondheid zijn een complex geheel waarbij al deze factoren een rol spelen. Integraal betekent dus ook dat het niet gaat om een of- of, maar om een en - en. We kunnen lichaam, psyche en omgeving wel onderscheiden maar niet scheiden. En integraal betekent dan ook en regulier en alternatief. De term alternatieve geneeswijzen is een verouderde en niet langer bruikbare term; deze bevindt zich nog teveel in de 'of - of sfeer'. Een integrale gezondheidszorg werkt met de optimale combinatie van goede reguliere en alternatieve geneesmethoden. Niet regulier of alternatief is beter, wat we nodig hebben is een nieuwe eenheid waarin zowel oud en nieuw, regulier en alternatief, holistisch en specialistisch samengaan. We zijn op weg naar een volwaardige integrale gezondheidszorg.

Hoofdredactie: G.J. van Lamoen, cultuurwetenschapper/
psycholoog

Redactieraad: H.J. Lamers, arts voor natuurgeneeswijzen
J.M. Zalm, fysiotherapeut/acupuncturist
M. Bottu, arts voor natuurgeneeswijzen

Ten geleide

Het gebeurt niet alle dagen dat twee praktizerende artsen uit twee verschillende landen - Nederland en België - van een hoofdredacteur het voorstel krijgen om samen een boek te schrijven over een in eerste benadering wetenschappelijk onderwerp. Onderhavig werk is het eerste deel van een boek dat gepland was onder de titel *Basisbioregulatiesysteem, neuraal therapie en natuurgeneeswijzen* dat door Harry Lamers en mijzelf samen zou geschreven worden. Ik ken Harry Lamers onderhand tien jaar en ik kan aan de kwalificering die Bert van Lamoen hem in de inleiding van dit werk toedient: 'Dr. Lamers is niet alleen een bekwaam geneesheer en integer mens, ook een liefdevolle persoonlijkheid' maar weinig toevoegen. Ik prijs mij een gelukkig man dat ik al die jaren de integriteit en de liefdevolle persoonlijkheid van Harry Lamers heb mogen ondervinden. Hij is niet alleen een bekwaam geneesheer, maar tevens een kritisch wetenschapper die zijn open blik gericht houdt op de eenentwintigste eeuw, op het Aquariustijdperk waarvan de eerste invloeden onder ons reeds voelbaar zijn. Harry Lamers was de eerste die mij in contact bracht met de New-Age-beweging en met auteurs zoals Marilyn Ferguson en George Trevelyan, met Jane Roberts en Alexander Lowen, maar ook met het werk van Prigogine en Fritz Popp en met een nieuwe liefdevolle kijk op de maatschappij zoals zij verwoord wordt door Thorwald Dethlefsen en vooral Mark Thurkauf. Hij bestudeerde niet alleen grondig de wetenschappelijke grondslagen van neuraaltherapie en andere aanverwante gebieden, maar hij transcendeert ze ook. Zogenaamde waarde-vrije wetenschap bestaat niet. Uit zijn werken alsook uit zijn dagelijkse praktijk spreken integendeel een hoogst ethische waardering voor de mens als totaliteit. 'Omstemming' en ontgiftiging geschieden dan ook niet alleen op lichamelijk zijnsniveau maar evenzeer op het psychische en geestelijke zijnsniveau.

Ik mocht het diepe geluk genieten hierover urenlange gesprekken met hem te hebben, vooral op de talrijke congresreizen die we samen maakten. Hierbij groeide het bewustzijn dat de tijd rijp was voor een nieuw boek over ons gemeenschappelijk gedachtengoed. De neuuraaltherapie, als het ware het basiskamp voor onze verkenningstochten in het hooggebergte dat de biologische geneeskunde vormt, zou hierbij het uitgangspunt zijn. We wilden dit werk over neuuraaltherapie echter laten groeien vanuit het basisbioregulatiesysteem, de voornaamste wetenschappelijke pijler van de brug tussen academische geneeskunde en biotherapieën die de neuuraaltherapie vormt. Dit basisbioregulatiesysteem was immers tot op heden weinig of niet aan bod gekomen in de Nederlandse literatuur. Zoals Fritjof Capra het eerste hoofdstuk van zijn boek *De Tao van fysika* betitelt 'De moderne fysika - een pad met een hart?' zo stelden wij ons - met wellicht nog meer grond - de vraag: 'De moderne biologische geneeskunde - een pad met een hart?'

Vroeger dan we gedacht hadden werd ons de mogelijkheid geboden dit concept te realiseren in boekvorm.

Ongeveer een jaar geleden kwam Bert van Lamoen, die in opdracht van een uitgeverij een reeks redigeerde over de verschillende zogenaamde 'alternatieve' therapieën, met de vraag of wij samen een boek wilden schrijven over basisbioregulatiesysteem neuuraaltherapie en natuurgeneeswijzen. Hierbij zouden naast het basisbioregulatiesysteem en de neuuraaltherapie ook de celtherapie en aanverwante disciplines aan bod komen. Daarnaast werd een algemeen hoofdstuk over natuurgeneeswijzen voorzien voor zover deze een invloed hadden op de 'omstemming' van het basisbioregulatiesysteem.

Het geheel zou worden aangevuld met enkele diagnosemethoden waarmee de toestand van het basisbioregulatiesysteem gemeten kon worden. Hierbij zou Harry Lamers voornamelijk het basisbioregulatiesysteem en de neuuraaltherapie bespreken. De andere hoofdstukken zouden door mij met inbreng van enkele co-auteurs behandeld worden.

Het duurde even eer Harry Lamers op gang kwam, maar toen leverden zijn enorme eruditie en zijn vlotte stijl in een zeer korte tijdsbestek een tekst over neuuraaltherapie en basisregulatiesysteem op die als het ware af was. Het werd een - lang -

verhaal als uit het leven gegrepen. Het geheel was zo persoonlijk, zo recht uit het hart dat ik slechts schroomvol hier en daar enkele opmerkingen of aanvullingen durfde te maken. Waar het ons beider gedachtengoed weergeeft, is de uiteindelijke tekst dus bijna helemaal het werk van Harry Lamers. Hij slaagt er op een schitterende wijze in om op een voor iedereen verstaanbare manier moeilijke hoofdstukken uit de neuraaltherapie en de theorie van het BBRS naar voren te brengen. Daarbij beklemtoont hij terecht dat dit gedachtengoed wortel geschoten heeft binnen de Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie-Regulatietherapie.

Waar men in Nederland zover is dat reguliere geneeskundigen en alternatieve artsen binnen een centrum als Winterswijk actief gaan samenwerken, is de situatie in België heel wat minder rooskleurig. Daar meende een aantal professoren van de Leuvense universiteit nog voor enkele jaren dat ze de neuraaltherapie - een snelgroeiende twijg - het pad moesten afsnijden, haar als het ware met wortel en al moesten vernietigen. Dit deden ze door het spuien van een aantal hele en halve onwaarheden in een boek getiteld *Wegwijs Gezondheid*, waarbij ze bij gebrek aan wetenschappelijke tegenargumenten met modder wierpen op een wijze echte wetenschappers onwaardig, hierbij getuigend van ignorantia crassa. Beter dan door het voeren van processen wegens eerroof menen wij dat door dit boeiende boek van Harry Lamers eerherstel zal gedaan worden aan de Belgische neuraaltherapeuten. Wij hopen van harte dat het ook naar de Vlaamse lezers zijn weg zal vinden.

De bespreking van het basisbioregulatiesysteem en de neuraaltherapie leverde ongeveer een compleet boek op. De andere hoofdstukken worden daarom verschoven naar een tweede boek met als titel *Natuur geneeswijzen en celtherapie: diagnose en behandeling van het basisbioregulatiesysteem*.

Wij hopen u met dit tweedelig werk een pad met een hart te tonen. Wij willen dan ook besluiten met de tekst van Carlos Castaneda's *Lessen van Don Juan*, zoals hij ook vermeld is in het eerder genoemde boek van Capra:

'Elk pad is maar een pad, en je doet jezelf noch iemand anders kwaad door het te laten vallen, als je hart je zegt dat te doen...
Bekijk elk pad nauwkeurig en heel bewust. Probeer het uit zo

vaak als je dat nodig vindt. Stel jezelf en alleen jezelf dan een vraag... Heeft dit pad een hart? Zo ja, dan is het een goed pad; zo neen, dan is het niet te gebruiken.'

Ik hoop dat u na het lezen van dit werk tot de slotsom komt dat Harry Lamers u een goed pad getoond heeft, een pad met een hart.

Mark Bottu, voorzitter
Akademie voor
Integrerende Geneeswijzen, België

Inleiding

De neuuraaltherapie en het basisbioregulatiesysteem (het BBRS) zijn naar alle waarschijnlijkheid voor velen nog minder bekende begrippen. Desalniettemin kunnen we zonder terughoudendheid stellen dat ze beide een leidende rol spelen in het totstandkomen van een integrale gezondheidszorg. De neuuraaltherapie is in de geneeskunde als het ware een tussenvorm tussen regulier en alternatief, en kan aldus in theorie en praktijk een goede brugfunctie vervullen. Het BBRS is zo'n veertig jaar geleden ontdekt. Het is een holistisch regulatiesysteem in het menselijk lichaam. We zouden het BBRS ook ons grootste orgaan kunnen noemen. Via dit systeem kunnen *alle* cellen *in* ons lichaam met elkaar in verbinding treden, en in dit BBRS zijn invloeden van *buiten* ons lichaam het eerst merkbaar.

Kortom, het BBRS maakt het mogelijk dat de *veelheid* aan lichaams-elementen zich manifesteert als een *geheel*. Als zodanig is het BBRS een systeem dat:

- a. in de geneeskundige praktijk, in verband met de werking en werkzaamheid van vele diagnose- en therapievormen, veel verduidelijking geeft;
- b. ook het effect van vrijwel alle alternatieve geneeswijzen meetbaar en aantoonbaar maakt;
- c. een waarlijk holistisch regulatiesysteem is, via welk systeem de invloed van zowel lichamelijke, psychische alsook omgevingsfactoren wetenschappelijk aantoonbaar wordt;
- d. ons in staat stelt niet alleen objectief *ziekte*, maar ook *gezondheid* af te meten;
- e. als holistisch regulatiesysteem, met therapieën die direct op dit systeem ingrijpen, veel chronische en degeneratieve ziekten positief kan beïnvloeden;
- f. als zodanig ook een centrale rol vervult voor de *preventie* van veel (chronische) ziekten.

Het voor u liggende boek is het eerste populair-wetenschappelijke geschrift dat hier uitgebreid op ingaat. De auteur, Harry Lamers, heeft als arts bijna vijftwintig jaar praktijkervaring, eerst als regulier huisarts en later ook als arts voor natuurgeneeswijzen. Hij heeft aan de oorsprong gestaan van de ontwikkeling van de neuraaltherapie, en heeft op dit gebied nationale en internationale faam. Bovendien was en is hij direct en actief betrokken bij alles wat er rond het BBRS gebeurt. Volgens zijn eigen zeggen hebben de bovenvermelde onderwerpen inmiddels voldoende rijpheid om ze aan de openbaarheid prijs te geven.

Dr. Lamers is niet alleen een bekwaam geneesheer en een integer mens, maar ook een liefdevolle persoonlijkheid. Het boek staat vol met historische feitelijkheden en nieuwe inzichten, als het ware 'al fresco' aaneengesmeed. Op soms onverwachte momenten worden er zaken bijgehaald die niet altijd voor de hand lijken te liggen. Bij een zo holistisch en complex systeem als het BBRS heeft echter per definitie bijna alles met alles te maken.

Door zijn persoonlijke betrokkenheid bij het onderwerp leest de tekst bij tijd en wijle als een avonturenroman, op andere ogenblikken komt de schrijver er niet onderuit in te gaan op soms moeilijke aspecten.

Naar onze volle overtuiging zijn deze regels meer dan de moeite waard om gelezen te worden. De hier aangesneden onderwerpen zijn onmisbaar voor het totstandkomen van een waarlijk integrale gezondheidszorg.

Bert van Lamoen

Verantwoording

Hoewel er in Nederland en België in de vroegere jaren een tweetal populaire uitgaven over neuraaltherapie, als vertalingen van buitenlands werk, is verschenen, wordt het thans tijd om aandacht te besteden aan de verdere ontwikkeling van de neuraaltherapie in het algemeen, en tevens om te spreken over de ontwikkeling van de neuraaltherapie in het Nederlandstalig gebied. Toen de verantwoordelijke hoofdredacteur mij vroeg mijn bijdrage dienaangaande te willen leveren, heb ik daarover dan ook niet lang hoeven te denken en heb ik eigenlijk vrijwel direct toegezegd. Ik deed dit niet in de laatste plaats omdat ikzelf aan de basis van deze ontwikkeling heb gestaan en mijn eigen geschiedenis in de neuraaltherapie zodoende parallel loopt met die ontwikkeling tot op heden. Overigens wil ik op deze plaats ook Bert van Lamoen bedanken voor zijn belangrijke bijdrage aan dit boek als eindredacteur. Voordat ik u iets over die (eigen) geschiedenis vertel wil ik, om misverstanden te voorkomen, toch even enkele termen toelichten. Neuraaltherapie betekent letterlijk therapie die, met behulp van een injectie met een lokaalanestheticum (een middel met plaatselijk verdovende werking), min of meer rechtstreeks aangrijpt op de *zenuwbanen* en waarvan de werking dus niet via de *bloedbaan* verloopt, zoals met de injecties die in de gangbare geneeskunde therapeutisch worden gebruikt. Verder vertel ik direct op deze plaats al, dat *procaïne* het middel is, dat eigenlijk als eerste goed lokaalanestheticum in de geneeskunde kon worden gebruikt. Wat voor het lokaalanestheticum procaïne geldt, is ook in de regel van toepassing voor *andere* lokaalanesthetica (xylocaïne, lidocaïne, scandicame etc.). Zoals uit recente onderzoeken is gebleken ligt de redoxpotentiaal (de chemisch-elektrische lading) van al deze stoffen nagenoeg bij +290 mVolt, en dit laatste is waarschijnlijk het onbekende geheim van de neuraaltherapeutische werking, in de vroege zestiger jaren kwam ik via dr. Joachim Varro, chi-

rurg in Dusseldorf in contact met de neuraaltherapie volgens Huneke. Hij hield naast zijn chirurgische praktijk tevens een praktijk als algemeen arts, en hij hanteerde zodoende een combinatie van enkele zeer geavanceerde biologische geneeskundige methoden, die hij bij ernstige en chronisch zieke patiënten toepaste. Hij was in die tijd eigenlijk een van de meest naar voren geschoven adepten van de grondlegger van de neuraaltherapie, en ook een persoonlijke vriend van dr. Ferdinand Huneke uit Dusseldorf en hij was ook zeer ingeburgerd in diens gezin. Overigens woont dit gezin daar nog steeds. Naderhand is de vriendschap, zowel met dr. Varro als met de neuraaltherapie, die ik op dat moment daar sloot, zeer intensief geworden, iets dat mijn verdere loopbaan en leven heeft beïnvloed. Vanaf dat allereerste begin werd ik vervolgens ook als officieel lid van de 'Internationale Medische Vereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke' ingeschreven. Deze vereniging bestaat sinds 1958. Ik verscheen vervolgens op de internationale neuraaltherapeutische congressen die in het voorjaar en najaar in Freudenstadt en Baden-Baden worden gehouden. Daar vormde zich vanaf die tijd een klein groepje Nederlandse artsen, van wie ik op dit moment uit hoofde van de geschiedschrijving wil noemen: dr. F. Merkelbach, dr. H. van de Upwich, dr. C. van der Molen, dr. P. Kleinepier, dr. H. Verploegh, dr. A. Hoekstra en prof. A. A. Resang, allemaal artsen, die elk op zichzelf ook in verschillende andere sectoren van de alternatieve c.q. additieve geneesmethoden hun sporen in Nederland ruimschoots hebben verdiend. In die tijd werden ook de eerste contacten gelegd met de Belgische neuraaltherapeutische sectie onder leiding van dr. Ferdinand Mertens, een sectie waartoe ook dr. Jules Mertens en dr. Hilaire Weynants behoren. Dr. terdmand Mertens leidde in de vroege zeventiger jaren verschillende artsen op in de neuraaltherapie, die echter allen weer afhaakten. Aan het einde van de zeventiger jaren diende zich in België een nieuwe groep jonge artsen aan, waarvan ik noem dr. Mark Bottu, dr. Jos Wouters, dr. Danny Dejonghe, ter dr. Droogenbroek, dr. Bart Veroken () en iets later dr. Bob Fobelets. Onder de stuwende impuls van Mark Bottu en Bart Veroken werd een nieuwe Belgische Vereniging voor Neuraaltherapie-Regulatietherapie opgericht, onder

voorzitterschap van dr. F. Mertens. Bart Veroken gaf het tijdschrift 'Alternatief' uit, het eerste Vlaamse tijdschrift voor biotherapieën. Meer zakenman dan natuurarts kon hij echter geen weerstand bieden aan de aanlokkelijke aanbiedingen van de farmaceutische industrie en hij doopte zijn blad om tot 'Medical trends', waarna het verder de klassieke toer opging. Het eerste bestuur van de Belgische Vereniging werd gevormd door dr. F. Mertens, voorzitter, dr. H. Weynants, ondervoorzitter, dr. M. Bottu, algemeen secretaris en dr. J. Wouters, penningmeester. Dit dynamische bestuur organiseerde vanaf 1980 de jaarlijkse Opendeurdagen der Neuraal therapie aan het Rijksuniversitair Centrum te Antwerpen. Hierdoor werden de contacten met de Nederlandse neuraaltherapeuten geïntensiveerd. Ondertussen vormden Mark Bottu en ik de binding tussen de Belgische Vereniging voor Neuraal therapie en de Nederlandse groep onder mijn leiding. Mark realiseerde in 1983 een versmelting van beide groepen waardoor de Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie-Regulatietherapie ontstond. Ondertussen was in België de Akademie voor Integrerende Geneeswijzen (A.I.G.) opgericht. Deze wil een forum zijn waarbinnen gewerkt kan worden aan de integratie en de wetenschappelijke onderbouw van de verschillende biotherapieën. Deze A.I.G., die contacten onderhoudt met verschillende universitaire diensten zowel in Nederland als in België en die nauw samenwerkt met de Vesta-Forschung (Duitsland), met de Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung (D.A.H.) en met de Artzte für Erfahrungsheilkunde, geeft tevens een blad uit, de A.I.G.-Nieuwsbrief, waarin de neuraaltherapie regelmatig aan bod komt. Er wordt momenteel tevens gewerkt aan de uitbouw van een A.I.G.-Nederland waarbij, naast mijn eigen persoon, ook de cultuurwetenschapper/psycholoog Bert van Lamoen betrokken is. Omdat het voorzitterschap van de A.I.G. moeilijk te verenigen was met het secretariaat van de Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie, droeg M. Bottu dit laatste over aan dr. Marcel Paesmans. Als algemeen coördinator blijft hij wel verantwoordelijk voor de betrekkingen tussen België en Nederland, hierin bijgestaan door dr. H. van Montfort.

Voor de volledigheid zij nog vermeld dat twee andere pioniers

ook een belangrijke rol gingen spelen in de 'alternatieve' medische wereld in Vlaanderen, namelijk R. Pobelets als voorzitter van de A.I.G. en M. van Drooghenbroeck als verantwoordelijke van de Club Geneeskunde en Informatica (C.E.I.A.).

Dat het wetenschappelijk werk van deze Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie ook internationaal hoog aanzien geniet blijkt onder andere uit het feit dat er in de zeer beperkte wetenschappelijke raad van de Internationale Vereniging voor Neuraaltherapie maar liefst vier van onze bestuursleden zitting hebben, namelijk dr. Mertens, dr. Weynants, dr. Bottu en ikzelf. Het is tot nu toe nooit de bedoeling van deze Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie geweest om met alle geweld zieltjes te winnen voor de toepassing van neuraaltherapie. Vanaf het begin hebben wij alleen artsen en tandartsen in onze kring opgenomen, die zelf op het spoor van de neuraaltherapie kwamen via contacten met neuraaltherapie-beoefenaars of via neuraaltherapeutisch behandelde patiënten en die uit zichzelf erop aandrongen verder wegwijs gemaakt te worden in deze nieuwe aanpak. Natuurlijk had deze manier van handelen een reden, en het is misschien hier wel de goede plaats, ook weer uit hoofde van geschiedschrijving, deze ook maar uit de doeken te doen.

Voor goede neuraaltherapie is het namelijk niet alleen nodig dat men een perfecte injectietechniek hanteert, met een perfecte kennis van de ligging van het zenuwstelsel, maar tevens dat de beoefenaar van de neuraaltherapie als arts een wat anders medisch denken moet leren toepassen dan alleen maar het denken dat in de reguliere geneeskunde tot op heden aan ons artsen werd geleerd. En juist dat 'anders medisch denken' moet men zeer intensief, consequent en langdurig *doen* om uiteindelijk die ervaring te krijgen en dat succes in de neuraaltherapeutische behandeling te halen.

Het gaat nu juist om dat 'weten waar' de injecties bij de individuele patiënt moeten worden gezet. Dit is gebaseerd op een degelijke medische vakkennis aangevuld met een zekere intuïtieve gave, verkregen bij jarenlange praktijkervaring.

Intussen is echter de tijd niet stil blijven staan. Zoals u elders nog zult lezen is prof. Pischinger vanuit Wenen vlak voor de

Tweede Wereldoorlog begonnen om voor de reguliere geneeskunde een systeem uit te werken, waarmee met behulp van nieuw te ontwikkelen diagnostische methoden metingen konden worden verricht. Centraal in dit alles staat 'het zogenaamde grondstelsel volgens Pischinger', later door onze Nederlandse pioniers van de Utrechtse Universiteit 'het basisbioregulatiesysteem' (BBRS) genoemd. Dit was de eerste aanzet om diepere en meer uitgebreide inzichten te krijgen in de zogenaamde a-specifieke regulaties in de fysiologie en pathologie van de mens.

Met behulp van dit concept konden later ook diagnostische metingen aan de patiënt verricht worden om eventuele stoornissen, stoornissen en gestoorde regulaties op te zoeken. Het is goed er hier nog eens duidelijk op te wijzen dat het wetenschappelijk gefundeerde concept van het basisbioregulatiesysteem (BBRS) vanuit de bestaande orthodoxe wetenschappelijke medische richting is ontwikkeld en als zodanig dus volkomen regulier is. Toen het naderhand duidelijk werd, dat met deze wetenschappelijke ontwikkeling ook fundamenteel medisch onderzoek, effectiviteitsonderzoek en klinische diagnostiek konden worden bedreven voor wat betreft de werkzaamheid van andere, niet-orthodoxe medische therapieën, werd ten onrechte door de reguliere geneeskunde soms gedacht en gesteld, dat het concept van het BBRS alternatief zou zijn. Aangezien ikzelf deze hele ontwikkeling van het grondstelsel heb meegemaakt, en daar er op het ogenblik pogingen tot integratie van geneeskundige aanpak gedaan worden, zowel van de kant van de regering als van de kant van de reguliere geneeskunde, alsook van de kant van de min of meer uitgerijpte alternatieve c.q. additieve geneesmethoden, geloof ik dat het goed is ook deze laatste historische feiten hier zo goed mogelijk op papier te zetten. Op de bijdrage van de neuraaltherapie aan de ontwikkeling van de integrale geneeskunde in Nederland hoop ik verderop ook nog terug te komen.

Zoals ik boven ook al vermeldde, heeft de neuraaltherapie volgens Huneke al ten grondslag gelegen aan de eerste voorstellingen omtrent werking en functie van het basisbioregulatiesysteem (BBRS). De grondlegger, prof. Pischinger uit Wenen, bezocht hiertoe, dat wil zeggen ter verklaring van het zoge-

naamde neuraaltherapeutische secondenfenomeen waarover later wordt gesproken, in de jaren 1952-1958 de praktijk van dr. Ferdinand Huneke in Dusseldorf. Op dat moment hanteerde prof. Pischinger slechts bepaalde klinische meetmethoden aan het bloed van een patiënt, en nog geen elektrische of andere meetmethoden aan de patiënt en de 'gezonde' mens om de nieuwe wetenschap van metingen aan het grondstelsel te introduceren. Op dit moment, in het begin van de jaren vijftig, geschieden dus eigenlijk de eerste metingen aan het grondstelsel (BBRS). De bedoeling van het Weense team was met behulp hiervan *regulatiepathologie* en *regulatieonderzoek*, een nieuwe tak van wetenschap, tot ontwikkeling te brengen. Deze klinische en wetenschappelijke onderzoeksmethoden worden overigens thans in vele klinische centra over de gehele wereld steeds meer gehanteerd.

Peter-Paul Janssen, die ook een bijdrage in deze boekenserie levert, volgde na zijn gymnasiumstudie een vijftiental jaren geleden een erkende natuurgeneeskundige opleiding in Duitsland, sindsdien is hij praktizerend in Roermond. Ook hij raakte, nadat ik contact met hem had gekregen, zo gefascineerd door de metingen rondom het basisbioregulatiesysteem, dat ik met hem samen veel zaken heb bestudeerd en onderzocht. Ik heb hem ook vanaf het begin geïntroduceerd bij de Nederlandse universitaire werkgroep rond het BBRS. Aldus hebben we al deze belangrijke ontwikkelingen vanaf het begin meegeemaakt, en hebben we zelf ook actief meegewerkt aan het wetenschappelijk onderzoek met door onszelf aangekochte en dikwijls dure technische apparatuur.

Het grote probleem van de hedendaagse geneeskunde betreft de chronische en therapieresistente ziekten, waartoe ook tal van pijnsyndromen dienen te worden gerekend. Deze chronische ziekten en syndromen vergen een andere aanpak dan acute ziekten, waarin de hedendaagse geneeskunde, net als de ongevalchirurgie en bepaalde andere facetten van de moderne chirurgie, haar grote successen boekt. Ervaringsgeneeskunde, zoals neuraaltherapie, heeft laten zien dat bij chronische ziekten en pijnsyndromen altijd moet worden gedacht aan de eventualiteit van *stoornissen* en *bio-energetische blokkeringen*, die ofschoon zij de ziekte veelal zelf niet hebben uitgelokt - haar in

stand houden en een blijvend beletsel voor de genezing vormen. Dergelijke stoorvelden en blokkeringen opsporen en zo de grondoorzaak van de ziekte behandelen, is de taak die de neuraaltherapie zich heeft gesteld.

De neuraaltherapie is een meer dan zestig jaar 'jonge' behandelingswijze die zeker de laatste tien jaar fel aan belangstelling heeft gewonnen en die - dat is heel belangrijk - een natuurlijk bindteken is tussen de twee meestal nog in jammerlijke vijandschap met elkaar verkerende basisopties in de geneeskunde: de meer symptomatisch en chemisch gedachte 'klassieke' geneeskunde en de meer van een holistische kijk op de mens uitgaande 'biologische geneeskunde'.

De goede, medisch verantwoorde, methodes worden tot nu toe meestal samen met charlataneske clowneries ondergebracht onder de politiek geladen en weinig zinvolle gemeenschappelijke noemer van alternatieve geneeswijzen. De neuraaltherapie, als verbindingsfactor tussen regulier en additief/alternatief, zal een belangrijke bijdrage leveren aan iets waarnaar de goede en ervaren geneeskundigen uit alle kampen streven: de totstandkoming van een volwaardige integrale gezondheidszorg.

De neuraaltherapie is een behandeling waarbij we de functie van het vegetatieve zenuwstelsel normaliseren in die mate als anatomisch en functioneel nog mogelijk is, door inspuiting van lokaalanesthetica op bepaalde plaatsen, nl. lokaal of in het segment of aan de ganglia (zenuwknopen), of ook aan de stoorvelden en/of door het chirurgisch uitschakelen van stoorvelden. De neuraaltherapie wordt ook wel procaïnetherapie genoemd vanwege haar ontstaansgeschiedenis, zoals ook vaak wordt gesproken over de neuraaltherapie volgens Huneke. De gebroeders Huneke zijn namelijk de grondleggers van deze therapie. Zoals we straks nog zullen zien werd de benaming neuraaltherapie niet in het leven geroepen door Ferdinand Huneke zelf, maar werd zij voor het eerst gebruikt door de Duitse arts Von Rocques, wiens naam verderop nog ter sprake komt.

Het is misschien toch goed op deze plaats nog eens uitdrukkelijk te beklemtonen dat de neuraaltherapie weliswaar geen wondertherapie is, maar natuurlijk wel een volwaardige geneeskundige behandeling. Zoals elke andere goede genees-

kundige aanpak wil zij geen andere beproefde geneesmethoden van hun plaats verdringen. Ze moet worden beschouwd als een additieve vorm van geneeskunde en kan worden gezien als een verrijking van de moderne medische geneeskunde. Er kan zelfs dan nog iets mee worden bereikt als wij als artsen 'aan het einde van ons latijn gekomen zijn'. We kunnen dus belangrijke resultaten hiermee boeken, maar er zijn en blijven ook steeds scherp getrokken grenzen en neuraaltherapie is niet overal voor te gebruiken. Met de klassieke geneeskunde heeft de neuraaltherapie gemeen dat zij slechts op verantwoorde wijze kan worden beoefend door universitair gevormde artsen met grondige kennis van anatomie, fysiologie, biochemie. Ze gebruikt een klassiek geneesmiddel en heeft in hoge mate aandacht voor het symptoom. Met de diverse goede biologische geneesmethoden heeft de neuraaltherapie de holistische kijk op de patiënt gemeen alsmede haar totale onschadelijkheid, op voorwaarde althans dat zij door bevoegde en in deze therapie getrainde artsen wordt uitgeoefend. Zij is dus enerzijds een wetenschappelijk onderbouwd verlengstuk van de klassieke geneeskunde, die zij een ruimere dimensie geeft, en anderzijds een biotherapeutische behandelingswijze die ervan uitgaat dat de mens meer is dan de totaalsom van zijn organen. Zoals ik boven al stelde is de Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie een wetenschappelijke artsen- en tandartsenvereniging, die zich tot doel heeft gesteld medewerking te verlenen aan de uitbouw van de neuraaltherapie in het algemeen, als cybernetisch verlengstuk van de academische geneeskunde en in het Nederlandstalig gebied in het bijzonder door onderricht in de praktijk en theorie van de neuraaltherapie. Zij beoogt echter tevens het onderzoek en de toepassing van verschillende andere meer biologisch gerichte therapieën, zoals no-, cel- en ozontherapie etcetera voor zover deze therapie, fyto-, organeling vormen op de neuraaltherapie. Zij beoogt ook een noodzakelijke 'omstemming' in het menselijk organisme te bewerkstelligen, waarmee uiteindelijk de stoorveldactiviteit kan worden uitgeschakeld. Ook hierop komen we in dit boek nog verder terug.

Een stoorveld kan worden omschreven als een lichaamsareaal,

dat in neuraaltherapeutische zin een pathologische lokale verandering in het zachte bindweefsel heeft ondergaan, terwijl in de intercellulaire vloeistof ter plekke lokale afweerreacties en regulatiereacties zich afspelen die in een voortdurende wisselwerking staan met andere en centrale delen van het regulatiesysteem van de mens.

Zoals wij in het verdere verloop van de beschrijving van de neuraaltherapie nog zullen zien, wordt een bepaald onderdeel van de behandeling met lokaalanesthetica, dus een bepaald onderdeel van de neuraaltherapie, in de vele pijnklinieken over de gehele wereld reeds gehanteerd.

Mijn Belgische collega dr. Hilaire Weynants en ikzelf hielden op 10 maart 1984 in Rotterdam, naar aanleiding van het veertiende lustrum van het Rotterdamse studentencorps, in een symposium getiteld 'Pijnbestrijding, hoe en waarom niet?' een voordracht over de nieuwe opvattingen in de neuraaltherapie. Ons adagium tijdens deze voordracht was natuurlijk de neuraaltherapie als volledige therapeutische methode voor te stellen, dus compleet met stoorveldbehandeling. Er waren twee collegezalen gelijktijdig ingeschakeld en de sfeer van discussie en vraagstellingen was uitstekend. Wij kregen te horen dat in ieder geval de pijnbehandeling ook met behulp van procaïne in de hedendaagse pijnklinieken tot steeds verdere ontwikkeling komt en dat men ook aldaar bij het gebruik van het procaïne en ook van andere lokaalanesthetica (plaatselijk verdovende stoffen) ervaart dat deze stoffen 'iets meer doen' dan alleen maar een tijdlang iets verdoven. Bij het zetten van zogenaamde therapeutische blokkades met lokaalanesthetica, zoals men dit in de reguliere geneeskunde noemt, kan men bij deze vorm van neuraaltherapie steeds weer waarnemen, dat de pijn en het pathologisch functioneren van het desbetreffende segment na uitwerking van de verdoving veelal niet alleen veel minder zijn geworden, maar ook dat zij minder blijven en zelfs volledig weg blijven. Op de tweede plaats constateert men, dat de werking van een zogenaamde verdoving veel en veel langer aanhoudt dan theoretisch kan worden verklaard. Er zit dus kennelijk naast en ook na die pijnverdoving iets 'genezends' in die therapie. Een van de eerste en meest beroemde grondleggers van onze hedendaagse neurochirurgie, de Franse professor dr.

Leriche, heeft dit meer dan zestig jaar geleden reeds ervaren en beschreven. Hij Het zien dat bijvoorbeeld bij een flinke verstui-king van een enkel het ter plekke enkele malen injecteren van een lokaalanestheticum meer doet dan alleen de pijn stillen, en dat klachten van een galblaas of zelfs van een beginnende gal-blaasontsteking op een dergelijke manier dikwijls veel beter en veel vlugger genezen. Hij stelde, dat men de chirurgie van het vegetatieve zenuwstelsel veelal kon vervangen door herhaalde infiltraties met een lokaal verdovend middel; daarom ook noemde hij deze therapie het 'onbloedige mes der chirurgie'. En zo is deze lokale en segmentale vorm van de neuraaltherapie in de hedendaagse geneeskunde ook nog wel bekend onder de naam 'neuro-regulatoire-sympathicustherapie van Leriche'. Uit historische volledigheid is het misschien toch interessant te vermelden dat Leriche reeds tien jaar voor Huneke een secon-denfenomeen heeft beschreven, waarbij hij bij het inspuiten in een litteken de pijn in een ander deel van het lichaam zag verdwijnen. Hij heeft er echter nooit de draagwijdte van begrepen, zodat we rustig verder kunnen gaan met het schrijven van de ontdekking van de neuraaltherapie op de naam van de ge-broeders Huneke.

Alle neuraaltherapie tot hier is echter nog steeds segmentthe-rapie. Van belang is het nu kennis te nemen van het neuraalthe-rapeutische stoorveld. Deze uitbreiding aan de neuraaltherapie laat een neuraaltherapie van een andere dimensie zien. Zo'n studie kost tijd en inzicht.

Vanuit de wetenschap is er de laatste jaren steeds meer kennis verkregen omtrent deze uitbreiding van de neuraaltherapie volgens Huneke; hoe het allemaal theoretisch in elkaar zit, hoe het werkt en vanuit welke praktische wetten er systematisch ge-bruik van kan worden gemaakt. U kunt dit alles min of meer lezen in de hiernavolgende beschrijving, die natuurlijk geen volledig leerboek oplevert, Officiële medische leerboeken evenwel bestaan er natuurlijk ook, en daarom is het misschien goed aan het eind van dit boek een literatuurlijst te zetten. Ik weet namelijk, dat ook de medische wereld eigenlijk nog wacht op een voorlopige uitleg zoals hier wordt beschreven, Omgekeerd is het natuurlijk ook zo, dat deze uitleg er al lang op wacht in de medische wereld binnengelaten te worden, om

ook hierin geïntegreerd te worden. Daarom zal ik soms voor de gewone lezer misschien iets te diep op bepaalde onderwerpen ingaan, in ieder geval dieper dan hij zou verwachten. U moet mij dit maar niet kwalijk nemen. Natuurlijk is dit boek over neuraaltherapie in de eerste plaats bedoeld als een klein handboek voor geïnteresseerden en patiënten, want iedereen heeft recht op een stuk objectieve voorlichting. Zeker de neuraaltherapie heeft dit nodig, want neuraaltherapie kan alleen maar succes hebben bij een zeer nauwe samenwerking tussen de arts

en de goed ingelichte patiënt.

Het zal u bij het lezen van dit boek duidelijk worden, dat de neuraaltherapie nergens alternatief is. Het is nergens nodig een beroep te doen op nog niet gekende of hypothetische uitleg. In wezen zijn al de gegevens *objectief* vast te stellen, te *controleren*

en te *reproduceren* met hedendaagse apparatuur en passen al onze concepten in de huidige wetenschappelijke opvattingen zowel anatomisch, fysiologisch als fysisch, zelfs quantum-fysisch. De neuraaltherapie is een therapie, die vanuit de praktijk gegroeid is, ze heeft haar proefperiode al lang achter de rug. Let wel, ze is niet ontstaan uit een theorie, in vitro, in een experimentele kliniek of in een laboratorium. Ze is in vivo, vanuit de levende patiënt zelf ontstaan met alle voordelen van dien. Onze tijd is rijp geworden voor de neuraaltherapie. We zitten, zoals ik reeds vertelde, opgescheept met een steeds groter wordend aantal chronische ziekten, waar de orthodoxe op de universiteit geleerde therapieën van nu niet voldoende tegen helpen, laat staan dat zij deze kunnen genezen, ziekten of kwalen waarmee de patiënt, zoals meestal wordt gesteld, 'dan maar moet zien te leven'.

Nogmaals, het is vooral doordat velen het bestaan van een stoorveld niet kennen en het daarom ook niet behandelen, dat een aandoening chronisch wordt. Zowel voor de behandelende arts als voor de patiënt kan de neuraaltherapie een therapeutische zegen zijn. Voor de patiënt natuurlijk omdat deze therapie soms uitkomst kan bieden als andere geneeskundige aanpak niet of niet meer baat. Voor de behandelend arts geldt hetzelfde, maar bovendien kan hij hierdoor een eerste begrip krijgen van holistische geneeskunde, van een totaliteitsaanpak. Neuraaltherapie kan zo een introductie zijn, om een brug te

vormen naar andere belangrijke regulatietherapieën, die in de huidige tijd ook op het punt staan binnen het pakket van de reguliere geneeskunde geïncorporeerd te worden, zoals homeopathie, acupunctuur en elektro-acupunctuur, manuele geneeskunde en natuurgeneeskunde in hun nieuwe-tijdse gedaanten. Overigens laat het zich aanzien, dat al deze bovengenoemde therapieën binnenkort officieel toegepast zullen worden binnen het centrum voor geïntegreerde geneeskunde, dat in 1988 in Winterswijk van start zal gaan. Ook deze laatste stap die ik hier noem is een Nederlands initiatief, waaraan al enkele jaren gesleuteld wordt en dat waarschijnlijk op het moment dat dit boek verschijnt al werkelijkheid geworden is. Het is gegroeid vanuit de behoefte aan uitbreiding van het therapeutisch arsenaal, in eerste instantie met medische aanpak die zich in de loop van lange, soms zeer lange tijd, als waardevol bewezen heeft. Ook hier hebben de neuraaltherapie en de ontwikkeling van het Nederlandse concept van het basisbioregulatiesysteem, vanuit het aanvankelijke grondstelsel-concept van Pischinger, meegewerkt aan de basis van deze ontwikkeling.

1. De geschiedenis van de neuraaltherapie

a. De geschiedenis van de neuraaltherapie in West-Europa

In de laatste jaren voor de eeuwwisseling ontwikkelde zich de chirurgie met lokaalanesthetica. Men was driftig farmacologisch op zoek naar de synthese van plaatselijk verdovende middelen, die tevens goed door het lichaam verdragen konden worden, want de eerste lokaalanesthetica voldeden nog niet zo goed voor toepassing bij de patiënt.

De Duitse chirurg Schleich was overigens de eerste die in 1892 tijdens een chirurgencongres melding maakte van de door hem ontdekte infiltratie-anesthesie. Hij spoot hiertoe de patiënten 0,1-0,2 % cocaïne-oplossingen in ter behandeling van spierpijnen, schouderreuma en intercostaal neuralgie (zenuwpijnen tussen de ribben). Zijn ideeën werden indertijd echter ook niet geaccepteerd door de toenmalige medische stand. U zult dit ook wel begrijpen, want de bijwerkingen van dit lokaalanestheticum stonden toen natuurlijk ook medisch gezien meestal niet in reële verhouding tot de klachten van de patiënt. Er waren zoals gezegd in die tijd nog geen door de mens zelfvervaardigde geneesmiddelen die de lokaalverdovende werking van het cocaïne konden nabootsen en die nagenoeg geen vervelende nevenwerkingen of bijwerkingen zouden hebben. Na enkele lokaalanesthetische voorlopers ontdekte Einhorn dan in 1905 het *procaïne* (novocaïne), welk middel direct een voltrefeer bleek te zijn. Prof. F. Reischauer noemt het procaïne later *een koninklijk medicament*, en dat blijkt nog steeds zo te zijn. Op deze plaats kan ik dat natuurlijk niet uitgebreid uit de doeken doen, maar ik kom daar straks nog even op terug. Ik vertel u alvast dat intramusculaire procaïne-injecties (in de spieren) onder de naam van *Thérapie volgens professor Aslan* tegenwoordig zelfs worden aangeprezen in de folders van Roemeense kuuroordvakanties. Mevr. dr. Aslan leeft overigens nog, ze is ver in de tachtig. Het vorig jaar trof ik haar op een congres in

Baden-Baden. Ze is op haar leeftijd dus zelfs nog actief in haar medisch werk.

De Duitse arts Spiess ontdekte vervolgens in 1906 dat ook wonden en ontstekingen beter en sneller genazen na behandeling met lokaalanesthetica. Hij concludeerde daaruit, dat de pijn bij het totstandkomen van ontstekingsprocessen een oorzakelijke betekenis heeft. Op grond van dit regulier medisch verklaringsmodel wordt deze therapievorm nog steeds in de reguliere geneeskunde toegepast.

Een aantal jaren later adviseerde dokter Braun (1910) een procaïne-injectie te geven in de buurt van de uittredeplaats van de zogenaamde drietakszenuw bij een trigeminus-neuralgie (een zeer pijnlijke en hardnekkige aandoening van de drietakszenuw in het gelaat) en dokter Hartel (1912) gaf procaïne-injecties in een andere uitgaande zenuwwortel, namelijk in het ganglion Gassen en bij de uittrede van de nervus ischiadicus. In 1915 gebruikte vervolgens professor Leriche voor het eerst een ganglion stellatum anesthesie als therapie bij een aandoening van dit verzorgingsgebied. Hij stelde vast dat bij herhaling het effect hiervan zeker gelijkwaardig is aan een operatie aan dit ganglion (zenuwknoop). Verder behandelde hij patiënten met diverse klachten, niet alleen in het hoofd, maar ook in de bovenste extremiteiten of in de borst, door procaïne rondom de arteria temporalis (de arterie die loopt op 'het slaapbot' van de schedel) te spuiten.

Toen kwam in 1925 de eerste van de drie ontdekkingen van de gebroeders Huneke, waarbij de basis werd gelegd voor de huidige neuraaltherapie door een tweetal artsen, die nog niet op de hoogte waren van bovengenoemde klinische en wetenschappelijke publikaties omtrent de werking van procaïne op het zenuwstelsel.

Het informatietijdperk, zoals wij dat heden ten dagen kennen, was nog niet aangebroken en inzichten en ontdekkingen zoals in het voorafgaande beschreven drongen toendertijd slechts langzaam door tot de wereld van de medische praktijk.

De neuraaltherapie wordt en werd abusievelijk ook wel eens de westerse of Duitse acupunctuur genoemd. Ze dankt haar ontstaan namelijk aan de Rijnlandse artsen Ferdinand en Walter Huneke, en in concreto in eerste instantie aan een 'kunst-

fout', die elke arts wel eens begaat en die achteraf een 'zogenoemde' fout en dus een 'gelukkige' fout bleek te zijn. Het is niet de eerste en niet de laatste ontdekking, die op een vergissing of zogenaamde vergissing berust. Zoals gezegd, het gebeurde in 1925 te Dusseldorf. Beide broers-artsen hadden op hun zus Katharina, een zware migrainelijdstster, medisch al van alles uitgeprobeerd, wat ooit tegen deze kwaal gedaan kon worden, maar zonder blijvend resultaat. Toen zijn zus weer eens een zware migraineaanval had, probeerde dokter Ferdinand Huneke het maar weer eens met een ander geneesmiddel, met atofanyl, een reumamiddel van destijds, dat hem in verband met het resultaat dat het soms ook bij migraine had door een collega scheepsarts was aanbevolen. Hij spoot het middel in de ader in, en terwijl hij daar nog mee bezig was verdwenen op slag alle symptomen van de migraine: de borende hoofdpijn, de zwarte sneeuw voor de ogen, de enorme misselijkheid en braakneigingen en tevens de depressieve stemming. Het van pijn vertrokken gelaat van Kathe Huneke klaarde direct op. De zoeven nog wanhopige patiënte veranderde plotseling in een dankbaar lachende gezonde vrouw. Dat, stelde Ferdinand Huneke later, was *geen gewone pijnstilling* van een migraine meer, maar een ingrijpende genezing, die *de hele mens, fysisch en psychisch*, had veranderd. Het stond voor Ferdinand Huneke na alle injecties die hij voorheen al aan zijn zus had gegeven onomstotelijk vast, dat deze genezing niet op een suggestie kon berusten. Deze eerste waarneming zou de gebroeders Huneke hun hele leven lang niet meer loslaten, zij zette de *beide broers* op de weg van de ontdekking van de neuraaltherapie en haar mogelijkheden. Toen pas bleek dat Ferdinand eigenlijk een kapitale vergissing had begaan. Er bestonden namelijk twee versies van het desbetreffende middel, één voor injectie in een ader en *een ander* voor inspuiting in de spier, voor intramusculaire inspuiting dus. Daarom bevatte het laatste atofanyl-preparaat ook het lokaalanestheticum procaïne. Naar de toen gangbare medische opvatting was het onverantwoord procaïne in welke dosering dan ook intraveneus toe te dienen, daar men ervan uit ging, dat dit hersenverlamming tot gevolg kon hebben. Toen Ferdinand Huneke van zijn schrik bekomen was, bleek echter dat het juist de procaïne was,

die de wonderbaarlijke genezing had bewerkstelligd. Na drie jaar onderzoek op patiënten met diverse ziektebeelden, publiceerden de gebroeders Huneke hun ervaringen in het in 1928 verschenen boek *Onbekende werkingen op afstand met lokaalanesthetische middelen (Unbekannte Fernwirkungen der Lokalanaesthesie)*.

Ferdinand had in die afgelopen drie jaar overigens nog een andere waarneming gedaan, die meespeelde in de publikatie over de onbekende werkingen op afstand. Dit was eigenlijk de *tweede zogenaamde fout*, die Ferdinand maakte. Tijdens een van de behandelingen spoot Ferdinand bij een van zijn patiënten met hoofdpijnklachten, een zuster van het Rode Kruis die moeilijk inspuibare aders in de elleboogspier had, het procaïne per ongeluk naast het bloedvat. En ook nu verdween plotseling de hoofdpijn, terwijl de procaïne niet door de bloedbaan opgenomen kon zijn. Ook Walter Huneke had soortgelijke ervaringen gehad, want ook hij had snelle genezingen van duizeligheid, slapeloosheid, gehoorstoornissen etcetera gezien door injecties van procaïne in de schouder spier. Al bij deze eerste publicatie in 1928 van hun ontdekkingen wordt door de gebroeders Huneke duidelijk aangegeven, zoals de titel van het boek ook aangeeft, dat de injectietherapie met *lokaalanesthetica* onder bepaalde vooraf te bepalen voorwaarden veel meer inhoudt dan alleen *lokale* (regulatie)therapie, namelijk ook regulatietherapie *op afstand*.

De behandelingen met lokaalanesthetica werden in de dertiger jaren in de geneeskunde aangeduid onder de benaming 'Heilanaesthesie'. Het was dokter Kibler, die ook een aanhanger was van de systematische therapeutische lokaalanesthetische aanpak, zoals de Hunekes proclameerden, die indertijd de voorkeur aan de benaming *neuraaltherapeutische segmenttherapie* bij deze vorm van neuraaltherapie gaf, omdat men het lokaalanaestheticum toepaste bij verschillende aandoeningen *op de plaats waar* de verschijnselen zich manifesteerden en in de *omgeving daarvan*. Neuraaltherapie was dus begonnen als een zuiver symptomatische benaderingswijze, een benadering die thans nog overheersend geldt in de reguliere geneeskunde. Vervolgens bleek, dat verschillende dysfuncties (het foute, ziekelijke functioneren van bepaalde lichaamsfuncties) vanaf het

lichaamsoppervlak via de bijbehorende reflexzones en de segmentaal georganiseerde relatie tussen zenuwen en organen gunstig konden worden beïnvloed. Ook aandoeningen zoals bepaalde vormen van reuma, ischias, bepaalde vormen van hardhorendheid, eczeem, angina pectoris, maaglijden, astma en galklachten reageerden bijzonder positief op deze behandeling.

Zoals u ziet werd indertijd door de klinische geneeskunde deze segmenttherapie, een onderdeel van de neurale therapie, als geneesmethode veel toegepast. Met de ontdekking van antibiotica en met de andere geneeskundige aanpak, die in de jaren rond en na de Tweede Wereldoorlog opkwam, werd ze evenwel veelal vergeten, doch, nogmaals, officieel is ze *nog steeds* een onderdeel van de *reguliere geneeskunde*. In sommige specialismen wordt ze thans ook nog volop in deze segmenttherapeutische vorm toegepast. We kunnen gerust stellen, dat het onderdeel segmenttherapie in de neurale therapie op zichzelf al als geneesmethode fantastisch is, doch dat het vooral de uitbreiding is, die Ferdinand Huneke in 1940 eraan gaf, die tot verdere opzienbarende ontdekkingen leidde. Daar zullen we het straks over hebben.

Dat procaïne zijn geneeskrachtige werking niet via de bloedbaan ontplooit, waren we dus te weten gekomen doordat chronische pijnen vaak even snel verdwijnen, wanneer het middel niet in, maar naast de ader terecht komt. De snelheid waarmee het genezingsproces inzet, zelfs nog voor de stof kan zijn opgenomen in de bloedbaan, doet denken aan een reactie van elektrische aard. Als geleiders kan men zich dan de zenuwen van het vegetatieve zenuwstelsel indenken, een stelsel dat als een net van dunne elektrische leidingen met de onvoorstelbare totale lengte van twaalf maal de omtrek van de aarde in het lichaam aanwezig is. Het was dus in de praktijk gebleken, dat neurale therapie niets met verdoving te maken kon hebben. Al kan de analgetische bijwerking welkom zijn, het procaïne, dat de neurale therapeuten in zeer kleine dosis gebruiken, wordt niet aangewend om zijn anesthesische werking, zoals bijvoorbeeld in de tandheelkunde, en ook niet om andere effecten die aan procaïne kunnen worden toegeschreven, zoals invloed op de vrije radicalen en de antihistaminische werking, etcetera,

maar omwille van zijn speciale redoxpotentiaal, zijn hoge elektrische potentiaal van + 290 millivolt. Dit is kennelijk een spanning, die met de injectie in het organisme wordt gebracht en waarvan dus een genezende werking op afstand uitgaat. Op deze 'afstand'werking van de neuraaltherapie komen we overigens later nog veel diepgaander terug. Dat kwetsuren na zo'n therapie veel sneller genezen dan anders, ziet men bijzonder goed bij sportongevallen. Ik kan duidelijk stellen dat meestal langs deze weg, dus met een neuraaltherapeuticum, het beste resultaat wordt bereikt. De combinatie van cortison met een lokaalanestheticum, alleen om de pijn die bij injectie van de cortison optreedt iets te verzachten, wordt in de reguliere geneeskunde tegenwoordig heel veel toegepast. De resultaten, die alleen al met een lokaaltherapie, met een lokaalanestheticum bereikt kunnen worden, zijn vaak zeer indrukwekkend ook nog lang nadat het trauma is opgetreden en grenzen voor de patiënt en ook voor de behandelend arts soms aan het wonderbaarlijke.

Een typisch geval van segmenttherapie was een behandeling bij wijlen president Kennedy. Tijdens de oorlog in de Pacific nad hij een zware ruggegraatskwetsuur opgelopen, die hem verphchte met krukken te lopen. Hij moest meestal in een schommelstoel zitten en werd verschillende keren aan zijn rug geopereerd maar zijn toestand bleef steeds verslechteren. Hij ging bestendig gebukt onder pijn en had reeds alle hoop op beterschap opgegeven toen een vrouwelijke arts hem neuraaltherapeutisch behandelde. In een van zijn biografieën lezen wij daarover: 'Na een reeks injecties met novocaïne (= procaïne op de plaats van het litteken) verdween de pijn, waar hij nu al twaalf jaar onder gebukt ging. In het voorjaar van 1956 had hij geen krukken meer nodig om te gaan ne hij heeft ze daarna nooit meer behoeven te gebruiken.'

We hebben het hier dus nog steeds over de zogenaamde neuraaltherapeutische segmenttherapie en we zijn nog niet aangeland in 1940 toen de ontdekking van het zogenaamde secundefenomeen een feit werd. Met nog slechts dit eerste inzicht in de werking van de neuraaltherapie gebruiken de gebroeders Huneke en hun leerlingen procaïne hoofdzakelijk als geneeskrachtig middel *op de plaats van* de afwijking. Alleen reeds

daarmee bereikten zij opzienbarende resultaten. Met deze zogenaamde segmenttherapie kan men met succes uiteenlopende ziekten behandelen zoals: chronische hoofdpijn, slapeloosheid, neuralgieën, bepaalde vormen van reuma, ischias, spit, prostaatvergroting, maag-, lever- en galblaasziekten. De segmentbehandeling is in wezen te beschouwen als een vorm van therapie die werkt door middel van een zogenaamde huidprikkelingsmethode. Daardoor heeft ze verwantschap met de Chinese acupunctuur, reflexzonemassages op welke speciale gebieden ook, koud- en warm watertoepassingen uit de natuurgeneeskunde etcetera.

De procaine prikkel leidt tot een dikwijls zeer succesvolle genezende prikkel en de punten waar wordt geprikt komen overigens vaak overeen met bepaalde acupunctuurpunten. Bij galcoliek bijvoorbeeld straalt de pijn uit vanaf de rechterterribbeboog naar het rechterschouderblad. Warme compressen op deze plaats kunnen soms de koliekpijn verlichten, een procaineinjectie in de huid in dit gebied helpt dikwijls nog beter. Men kan dus via bepaalde huidgebieden, welke de arts kent en aftast (de zogenaamde Headse zones) de inwendige organen gunstig beïnvloeden. De Chinezen wisten 5000 jaar geleden reeds uit ervaring, dat bij leveraandoeningen de plek boven het rechteroog drukgevoelig is en ze prikten daar therapeutisch met hun acupunctuurnaald. De neuraaltherapie heeft van deze oude geneeswijze deze waardevolle ervaring overgenomen en deze op haar beurt weer in haar neuraaltherapeutische behandelingsmethode verwerkt. Het effect van het prikken op zo'n plaats lijkt dan ook nog te worden versterkt door de werking van het procaine. Van essentieel belang, zowel bij de acupunctuur als bij de neuraaltherapie volgens Huneke, is steeds *het prikken op de juiste plaats*. De prik kan op deze manier pathologische kettingsreacties onderbreken, vooral daar waar de patiënt met opeenvolgende, elkaar uitlokkende of onderhoudende ziekteprikkels in een duivels kringetje is beland. Het op deze *pijn* manier voorstellen van ontwikkeling en beïnvloeding van bepaalde ziekteprocessen is tot op heden nog altijd de gebruikelijke geneeskundige zienswijze. Een typisch voorbeeld: iemand heeft door een ongelukkige beweging een spier beschadigd. Door de pijn spant hij andere spieren in de omgeving van het

letsel aan. Dit blijft niet zonder gevolg voor de bloedsomloop in het gebied, dat bloedarm wordt en minder zuurstof krijgt. De afvalprodukten van de stofwisseling kunnen niet meer volledig worden weggevoerd. Hierdoor verergert vervolgens dan weer de pijn. Er ontstaat zo een vicieuze cirkel: spierpijn, slechte bloedsomloop, meer pijn, meer spanning, enzovoort. Door de eenzijdige spierspanning kunnen nu ook wervels kantelen en op hun beurt op de grote zenuwen gaan drukken, waardoor vervolgens ook weer de pijn wordt verergerd. Zo is menige ernstige ischias als eenvoudige rugpijn begonnen. De werking van zo'n pijnsignaal, zoals die in eenvoudige theorie hiervoor werd uiteengezet, is sinds een tiental jaren verder uitgebouwd en we kennen haar thans onder de nieuwe wetenschappelijke naam 'gate-controltheorie' van Melzack en Wall. Zij is dus steeds een belangrijke factor en het is voor iedere therapeut noodzakelijk bij de behandeling van pijnen praktisch en theoretisch te weten hoe deze ingeschat moeten worden. Het pijnsignaal heeft echter nog veel verder reikende gevolgen: de patiënt gaat aan slapeloosheid lijden, zijn psychische spankracht laat het afweten. Er komen maagklachten, soms verergerd door het veelvuldige gebruik van pijnstillers, ook buik- en leverklachten, omdat dit laatste orgaan zijn ontgiftingsfunctie niet meer voldoende kan vervullen, etcetera. Het organisme raakt steeds verder in het slop en zal op een bepaald moment vatbaar worden voor veel zwaardere ziekten. Maag- en levermiddelen kunnen vervolgens therapeutisch noodzakelijk zijn, maar ze blijken niet afdoende te helpen. De neuraaltherapeut echter kan dit duivelskringetje doorbreken met behulp van een *zogenaamd pijnverdrivende* injectie en hierdoor kan hij de weke delen etcetera weer normaal doen functioneren. Hij verbetert daarmee niet alleen de pijn, maar ook de doorbloeding en de ontslaking. Kramp en pijnstoelstanden houden op, en daarmee verdwijnen ook de voorheen schijnbaar onoplosbare problemen.

Ook hieruit blijkt, dat segmenttherapie *iets heel anders is dan alleen maar een zuivere pijnbehandeling*. Alleen al gezien vanuit de circulus vitiosus, de duivelscirkel dus, van de pijn is deze therapeutische aanpak ook voor de leek goed te begrijpen. Er wordt straks ook verklaard waarom het effect met iede-

re volgende behandeling groter wordt. Wil men succes hebben, dan zal men met procaïne ook dikwijls diep in het weefsel moeten injecteren, daar waar de pijn zit. Dit vereist dus van de arts een grondige kennis van de anatomie en het aanleren van een verfijnde techniek. Zoals gezegd kunnen met *de neuraaltherapeutische segmenttherapie* of met de onder een andere naam in de reguliere geneeskunde reeds bekende *therapeutische lokaalanesthesie* (volgens Spiess en Scheid), *neuroregulatoire sympathicustherapie* van Leriche of *neurotopische therapie*, zeer opvallende genezingen en verbeteringen worden bereikt. De neuraaltherapie volgens Huneke gaat echter nog een eind verder! Het belangrijkste ervaringsfeit moest nog komen!

Het secondenfenomeen (1940)

In 1940 behandelde Ferdinand Huneke een vrouw met een pijnlijk, verstijfd schoudergewricht rechts, dat reeds gedurende vele maanden door verscheidene bekwame artsen was behandeld, maar steeds zonder succes. Op grond van toen nog volop geldende inzichten nam men aan dat er bij deze patiënte nog iets anders aan de hand was. Men ging er namelijk toentertijd van uit dat bij bepaalde chronische ziekten een bepaalde haard of focus in het lichaam aanwezig moest zijn, die bacteriën en/of toxinen in de bloedbaan zou brengen en aldus pijn en ziekteprocessen zou kunnen veroorzaken. Men had daarom bij deze patiënte reeds haar amandelen en ook de meeste tanden verwijderd. Had Hippocrates er 2500 jaar geleden niet al op gewezen dat hopeloze reumatische klachten soms kunnen worden genezen door een ontstoken tand of kies te verwijderen? En leert men ook niet uit Egyptische inscripties te Ninive, daterend uit 650 v. Chr., hoe koning Ama-fer-Emma van zijn chronische hoofd- en gewrichtspijn als door een wonder werd genezen door extractie van tanden? Dat had echter bij deze arme vrouw uit Dresden, die door haar broer in Dusseldorf bij Ferdinand Huneke terecht was gekomen, niet veel gebaat. Men overwoog nu haar linkerbeen te amputeren, daar men hier een focus vermoedde vanwege een vroeger doorgemaakte osteomyelitis (beenmergontsteking). Ferdinand Huneke spoot nu procaïne intraveneus in en bracht kwaddels (kleine injecties

met procaïne in de huid, gelijkend op muggebulten) aan rond het schoudergewricht. Hij spoot eveneens in de schoudergewrichtsspleet en in het ganglion stellatum, het zenuwcentrum ter hoogte van de nekwervelkolom. Alhoewel dit tot op dat moment vaak resultaat had opgeleverd bij andere patiënten met dit soort ziektebeelden, werkte de therapie in dit geval niet. Ferdinand Huneke wist als arts goed *wat hij kon* doen met zijn nieuwe therapeutische aanpak, maar hij wist eyeneen goed (net als alle goed opgeleide en ervaren artsen dienen te weten!) *wat hij er niet mee kon*. Hij vertelde de vrouw na zes behandelingen onomwonden, dat zijns inziens de neuraaltherapie, zoals hij die tot op dat moment (1940) op praktische gronden hanteerde, bij dit ziektegeval niet kon helpen. Na enkele weken kwam de vrouw echter terug omdat het oude osteomyelitis-litteken in het linkeronderbeen sterk was gaan ontsteken. Ze vroeg hem of hij, als hij die schouderontsteking niet tot genezing kon brengen, toch in ieder geval kon proberen haar te helpen aan deze pijnlijke, steeds opvlammende ontsteking van het beenmerg aan haar linkeronderbeen. Huneke behandelde dit laatste nu door enkele kwaddels met procaïne te injecteren rond de ontstekingsplaats. *Met één klap waren de schouderklachten verdwenen*. De patiënte kon meteen haar schouder zonder pijn, bewegen. Wonder boven wonder hield dit resultaat naderhand ook aan en Huneke had zijn eerste *secondenfe-nomeen* beleefd. Het zou ook niet het laatste zijn en het is nog steeds het mooiste, dat iedere arts en neuraaltherapeut kan overkomen en bewerkstelligen. Ferdinand Huneke was in die tijd zo ondersteboven van die waarneming, dat hij in zijn dikke leerboek (*Testament eines Arztes*) dat hij nadien heeft gepubliceerd schrijft: 'Ik begreep direct hier een fundamentele ontdekking te hebben gedaan en ik was er tevens vast van overtuigd, dat uit deze waarneming twee conclusies getrokken konden worden: vooreerst dient de oude focus-leer verlaten te worden of anders in ieder geval toch duidelijk onderbouwd te worden met de door mij gedane nieuwe waarneming. Het is inderdaad niet denkbaar dat een eenvoudige procaïne-injectie alle bacteriën of toxines zou kunnen doen verdwijnen. *De werking kan enkel en alleen tot stand gebracht worden via het zenuwstelsel* hetwelk alleen maar zo snel zijn

informatie kan doorgeven en *niet via de bloedvaten.*' Ferdinand Huneke, die op het moment van het ontdekken van het secondenfenomeen en de interpretatie daarvan nog 27 jaar medische praktijk voor zich had - hij overleed in 1967 - stelde enkele jaren daarna ook nog enkele praktische grondregels op voor de neuraaltherapie, die voor elke (neuriaaltherapeutisch) arts eigenlijk nog steeds waardevol zijn:

1. elke chronische ziekte kan door een stoorveld onderhouden worden;
2. op elke plaats van ons lichaam kan een stoorveld ontstaan;
3. iedere ziekte, die onderhouden of geïnitieerd wordt door zo'n stoorveld, is te genezen met herhaalde injecties met een lokaalanestheticum ter plekke van het stoorveld en ze is slechts te genezen als dat pathologisch-anatomisch nog mogelijk is.

Huneke stelde ook bepaalde praktische wetten op om te bepalen wanneer men van een secondenfenomeen kan spreken.

1. Alle storingen op afstand onderhouden door een stoorveld moeten voor zover dat nog anatomisch mogelijk is binnen een seconde na de inspuiting voor honderd procent verdwijnen.
2. Het verdwijnen van de symptomen moet minstens twintig uur aanhouden voor lichaamsstoorvelden en voor stoorvelden in het gebit minstens acht uur.
3. Bij het opnieuw terugkomen der symptomen moet opnieuw worden ingespoten. Het honderd-percentig-effect moet er dan weer zijn en het moet ook telkens langer aanhouden.

Dan alleen spreekt men van een secondenfenomeen. Het is goed in verband hiermee enkele opmerkingen te maken over iets waar in oudere literatuur nooit over is gesproken en waarover we uit didactisch oogpunt eigenlijk ook nu pas, omdat er wetenschappelijk meer duidelijk en bekend is geworden, kunnen spreken.

In de loop van de jaren is het (ook omdat er meer doktoren aan neuraaltherapie deden en zij hun ervaringen onderling uitwis-

selden, maar ook omdat er meer patiënten medicamenteus belast bij de dokter aankwamen), nodig gebleken deze regels van Huneke enigszins aan te passen. Anders zou men eventueel patiënten, die met neuraaltherapie wel doeltreffend geholpen zouden kunnen worden, op grond van deze didactisch-theoretisch opgestelde regels als niet behandelbaar met neuraaltherapie wegsturen. Het gebeurt bijvoorbeeld wel eens, dat de inspuiting onmiddellijk helpt, maar niet honderd procent, en dan noemt men dat niet een secondenfenomeen, maar een zogenaamd *'ogenblikkelijk fenomeen'* (Sofort-Phanomen). Het gebeurt ook wel eens, dat een inspuiting niet ogenblikkelijk helpt, maar veel later pas. Hoewel je dan wel het reële stoorveld hebt getroffen, zie je dikwijls, dat de inspuiting niet voor honderd procent de klachten doet verdwijnen. We noemen dit dan een zogenaamd *'laat optredend neuraaltherapeutisch fenomeen'* (*Spat-Phanomen*).

Natuurlijk hebben we in de praktijk niet veel aan deze nieuwe verwarrende termen, maar het is ons thans wel duidelijk geworden dat deze fenomenen worden veroorzaakt door een zogenaamde regulatiestarheid, die verhindert, dat het vegetatief zenuwstelsel honderd procent kan reageren. Dit komt onder andere dikwijls door ziekelijke belasting met toxische stoffen, waaronder ook sommige medicamenten. Praktisch vermoeden we dit al langer, maar de nieuwe technische ontwikkelingen met de meetmethoden en het inzicht door middel van het wetenschappelijke concept inzake het grondregulatiesysteem heten ons dit nu ook duidelijk zien. 'Weten is meten' is toch nog steeds een belangrijke voorwaarde voor wetenschap en klinische geneeskunde.

Om een en ander overzichtelijk en toch enigszins beknopt te houden, wil ik deze geschiedkundige introductie, in ieder geval voor wat betreft de ontwikkelingen van de neuraaltherapie in West-Europa, nu beëindigen.

Alleen is het misschien nog goed op deze plaats te vertellen, dat in die evolutie van de neuraaltherapie in 1946 door de patholoog-anatoom Stohr uit Bonn de ontdekking werd gedaan van het zogenaamde reticulum terminale als eindformatie van het vegetatieve zenuwstelsel. Het blijkt, dat het vegetatieve zenuwstelsel zich steeds verder en fijner in de periferie uitbreidt

tot het uiteindelijk iedere cel met een sluier van neurofibrillen omspint. Met deze ontdekking gaf hij een anatomische basis voor de empirische bevindingen van Huneke en anderen. Deze ontdekking van Stohr werd later, in eerste instantie door de elektronenmicroscopische studies van professor Pischinger, vervolledigd in die zin, dat werd aangetoond dat die laatste en fijnste zenuwuiteinden niet eindigen in de celmembraan of binnen de cel, maar vrij in de intercellulaire vloeistof. Hierover zult u meer te horen krijgen in het hoofdstuk over het grondstelsel volgens Pischinger, later ook aangeduid met basisbioregulatiesysteem (BBRS).

b. Oost-Europa en haar geschiedenis die verband houdt met de neuriaaltherapie

Indertijd, voor en rond de laatste eeuwwisseling, vonden de wetenschappelijke onderzoeken over de werking van het zenuwstelsel eigenlijk alleen nog maar plaats in Rusland. Rond de eeuwwisseling experimenteerden en doceerden hier namelijk professor Pawlow en zijn team over de zogenaamde leer van het Nervisme, de leer van het zenuwstelsel zouden we nu dus zeggen. Dit was op dit gebied echt het eerste wetenschappelijke werk in de wereld. Overigens is Pawlow aan de meesten van u waarschijnlijk wel bekend in verband met zijn leer over de geconditioneerde reflexen, waarvoor hij de bekende hondenproeven gebruikte. In Rusland was men dus in die tijd met wetenschappelijk onderzoek rond het zenuwstelsel bezig, eigenlijk totaal onafhankelijk van wat hier in het Westen in de klinische praktijk gebeurde.

Pawlow bepaalde, dat het zenuwstelsel de belangrijkste functie van alle lichaamsprocessen inhoudt. Hij bracht het eerste wetenschappelijke bewijs, dat alleen het zenuwstelsel de verschillende delen van het lichaam harmonieus coördineert en dat het altijd als een geheel reageert ten aanzien van de buitenwereld. Iedere (biologische of niet-biologische) verandering wordt door dit systeem geregistreerd en verwerkt. Zoals u begrijpt was in die tijd nog niet de theorie gepubliceerd van de cybernetica, een wetenschapstak die zich bezig houdt met complexe re-

gulating- en communicatiemechanismen. Ideeën hieromtrent zouden pas in 1948 door Norbert Wiener worden gepubliceerd. De cybernetica zal later ingrijpend gaan doorwerken in alle domeinen van de wetenschap, maar zeker ook in de geneeskunde, hetgeen ik eerlijk gezegd al bij mijn afstuderen min of meer bewust heb aangevoeld. Het is nu juist de cybernetica, die een zeer grote rol gaat spelen in de zo belangrijke nieuwe opvattingen en inzichten omtrent neuropsychologie en BPRS.

De leerling en de opvolger van Pawlow was professor Speransky, die zijn gehele leven wijdde aan het onderzoek naar de invloed van het centrale en het vegetatieve zenuwstelsel en de betekenis hiervan voor de klinische praktijk. Speransky was een experimentele patholoog-anatoom en hij liet met een aantal ontzettend fraaie systematische proeven zien, dat het aangrijpingspunt van alle prikkels in het lichaam steeds in het zenuwstelsel gelegen was en dat dit zenuwstelsel gezien moest worden als een gesloten eenheid, als een op alle prikkels steeds in zijn totaliteit reagerend geheel.

Het hoofdthema laat telkens een prikkeling van een bepaald deel van het zenuwstelsel zien. Het is onbelangrijk waar de prikkeling aangrijpt, of dat nu willekeurig of onwillekeurig is, cerebraal of vegetatief, centraal of perifeer, het is steeds het vertrekpunt voor processen met een *neuro-trofisch* karakter in de perifere weefsels, welke functionele of organische veranderingen teweeg kunnen brengen. Dit is een heel mooi, maar het betekent, dat iedere prikkel van het zenuwstelsel uitgaat en leidt tot de *voedende* fysiologische of pathologische processen van het weefsel (trofeïne=voeden). Zo kon hij ook zeggen: ziekte is prikkelbeantwoording van het organisme onder de leidende invloed van het centrale zenuwstelsel. Alle lokale-pathologische veranderingen in ons lichaam komen steeds als gevolg van de registratie en van de reactie van het totale zenuwstelsel. Daarbij bleek, dat de *kwantiteit* van de prikkel belangrijker is dan de *kwaliteit*. Wat ook de soort van de prikkel is, of die nu scheikundig, mechanisch, thermisch, of bacterieel is, dat maakt niets uit. De aard en de kwantiteit samen bepalen de belasting. Daarbij speelt dan ook nog niet alleen de intensiteit van die prikkel een rol, maar ook de manier van rea-

geren van dat zenuwstelsel, wat bepaald werd door de momentane tonus (ladingstoestand) van het zenuwstelsel. Gestaafd door talloze ingenieuze proeven stelde hij bepaalde wetten voor de werking van het zenuwstelsel op, welke wetten wij ook vanaf het begin steeds terug hebben gezien bij de klinische ervaring in de neurale therapie.

1. De prikkel, die een ziekte in gang zet kan in elk deel van het lichaam een aanvang nemen. Het begint steeds met een geïrriteerde zone, een focus, die na een bepaalde tijd een 'omstemming' (Umstimmung) teweeg brengt van het *totale* vegetatieve zenuwstelsel. Deze veranderde tonus kan zodanig belastend worden, dat daardoor totaal verschillende *neuro-dystrofische processen* kunnen starten: bijvoorbeeld maagzweer, longbloeding, alopecia (totale haaruitval), appendicitis, sinusitis, etcetera.
2. In de beginfase, die zeer lang kan duren, kan de storende invloed vanuit de focus, met effect op afstand, nog *volledig ongedaan* worden gemaakt.
3. Is echter een bepaald maximum aan prikkelhoeveelheid overschreden, dan kan het storend effect op afstand *autonom* worden en dus niet meer uitgeschakeld worden door het behandelen van de focus, zelfs niet operatief. Het gestoorde vegetatieve zenuwstelsel onderhoudt en organiseert nu zelf de ziekte.
4. De prikkelreactie is geen constante waarde, maar *varieert* in functie van het individu en van de tijd. Ze wordt namelijk mede bepaald door de toestand van het orgaan van inwerking.
5. De sensibilisering of 'omstemming' van het vegetatief zenuwstelsel door een stoorveld kan maanden en jaren *klinisch latent* blijven bestaan. Plotseling wordt echter door een zogenaamde *Zweitschlag*, een tweede bijkomende prikkel, een soort genadeklap noem ik het zelf ook wel eens, de werking van de stoorprikkel klinisch manifest. Dit is bijvoorbeeld ook een goede verklaring voor het optreden van klinische *recidiven* (het opnieuw optreden van de verschijnselen) door verschillende ziekte-, ongeval- of operatieprikkel, zoals wij die in de neurale therapie zien.

Hierbij een proef, zoals Speransky deed. De inspuiting van een zeer kleine hoeveelheid tetanustoxine bij een proefdier geeft tijdelijke *lokale* symptomen van tetanus; vijftiendagen nadat alle verschijnselen van lokale tetanus verdwenen zijn en het proces dus zogenaamd genezen is, klemde Speransky in de sella turcica (het benig bed waarin de hypofyse in de schedel gelegen is) van datzelfde proefdier een klein glazen bolletje als mechanische prikkel. Het is een experiment, dat hij regelmatig deed bij allerlei dieren, met steeds allerlei dystrofische reacties als gevolg. Bij dit voorbehandelde dier ontwikkelde zich echter na deze voorbehandeling met tetanusbesmetting, binnen vierentwintig uur een stormachtige algemene tetanus met een snelle dood als gevolg. Dit experiment toont duidelijk aan:

1. de werking van de Zweitschlag;
2. het latent bestaan van de Umstimmung;
3. het belang van deze Umstimmung; waardoor vooral de kwantiteit en niet de kwaliteit van tweede c.q. volgende prikkeling belangrijk is;
4. de irritatie, dus de pathologie, die op *elke plaats* binnen het lichaam aangebracht kan worden, dat hoeft niet altijd op zo'n vitale plaats als in de sella turcica te geschieden.

Later in zijn werkzame leven, toen Speransky het intussen ontdekte procaïne had leren kennen, heeft hij deze zogenaamde tetanusexperimenten herhaald onder bescherming van procaïne en stelde vast, dat er toen helemaal geen veralgemeende tetanus ontstond na de inplanting van het glazen bolletje in de sella turcica.

Procaïne, *lokaal* ingespoten ter plaatse van het lokale ziekteproces, waar de prikkel van uitgaat, beschermt dus tegen het ontstaan van een *veralgemeend* ziektebeeld. Procaïne, op de juiste plaats lokaal ingespoten, namelijk in het stoorveld, voorkomt de Umstimmung, de sensibilisering van het vegetatieve zenuwstelsel, waardoor dit overmatig gaat reageren. Deze bevindingen werden later door de kennis die men kreeg met behulp van de kliniek van de neuraltherapie, dus als het ware in het klinisch-wetenschappelijke laboratorium van de *mens* zelf,

waar de dierproeven van Speransky uiteindelijk voor bedoeld waren, herhaaldelijk bevestigd. Met name bij mensen, die allergisch waren voor insektebeten met kans op lethale (=dodelijke) afloop, en die helemaal geen reactie vertoonden wanneer onmiddellijk na de steek de plaats zelf met procaïne werd om-
spoten. Het is een experiment, dat we zelf nog elke dag kunnen uitproberen en ervaren, maar dat nog steeds geen algemeen ge-
accepteerd en gebruikt goed geworden is in de hedendaagse ge-
neeskunde.

Als u mij toestaat wil ik op deze plaats even kort het volgende inlassen.

Onder invloed van de kennis en kunde in de neuraaltherapie en vanwege de aandacht, die dit onderdeel van de geneeskunde in Oostenrijk en met name in de stad Wenen (de plaats van de eerste ontwikkeling aan BBRs) heeft, gebeurde er hier enkele jaren geleden ook een belangrijk experiment. Bij de jaarlijkse pokkeninenting van ongeveer 10.000 kinderen waren alle dokters geïnstrueerd om bij de minste veralgemeen-
ning der symptomen of bij de minste aanduiding van een begin-
nende encefalitis (hersentsteking) *lokaal* (dus op de plaats van de inenting) procaïne te spuiten. Er werd nu geen enkele noemenswaardige verwikkeling meer geconstateerd, terwijl de vorige jaren er toch altijd gevallen waren geweest van encefali-
tis, ook met dodelijke afloop.

Keren we terug naar onze Russische vrienden. De opvolger van Speransky was Wischnewski, die de reguliere geneeskunde ook een interessant experiment naliet en boven-
dien een zeer nuttige neuraaltherapeutische techniek, de zoge-
naamde injectie aan de bovenste nierpool. Wanneer hij bij een proefdier de ischiaszenuw doorsneed en het uiteinde hiervan regelmatig prikkelde, waarbij de soort prikkel van geen enkel belang is, kreeg dat dier na een tweetal maanden zweren (diepe ulcera) aan hetzelfde ledemaat en later ook aan de andere ledema-
ten. Wischnewski stelde vast, dat de zwakke prikkels het meest negatieve effect hadden en dat hij alleen nog in de begin-
fase het proces volledig kon stoppen en zelfs genezen door be-
handeling van de verwonding aan de stomp. Was eenmaal een

zekere tijd verlopen, dan werd het proces van de zweren autonoom en was dit ook niet meer te beïnvloeden vanuit de stomp. Ook dit was weer een mooie bevestiging van de wetten van Speransky. Ook deze kwam bij het experimenteren tot de bevinding dat deze autonome letsels toch nog konden worden verbeterd en soms ook worden genezen door herhaalde procaïne-inspuitingen aan de bovenste nierpool, het ganglion coeliacum, een zeer belangrijk centrum van het autonome zenuwstelsel onder het middenrif. De inspuitingen aan de bovenste nierpool zijn sindsdien naar Speransky genoemd en ze zijn nog steeds een van de neuraletherapeutische troefkaarten voor vele ziekteprocessen, die overal in het lichaam kunnen optreden. Volledigheidshalve zij hier nog aan toegevoegd dat onze Belgische collega H. Weynants een nieuwe en risicoloze techniek voor deze inspuiting ontwikkelde.

Tot zover de bespreking van de Russische school inzake de geschiedenis der wetenschap van het zenuwstelsel. U ziet, dat er ook theoretisch-wetenschappelijk voor de Tweede Wereldoorlog al een krachtige onderbouw bestond voor de niet weg te redeneren reële genezingen in de medische praktijk van de gebroeders Huneke. U ziet ook, dat zelfs van deze kennis eigenlijk therapeutisch nog niet optimaal gebruik gemaakt is.

De geschriften van Speransky kwamen overigens pas in de jaren rond 1950 tot ons, dus al flink na de Tweede Wereldoorlog, toen de Duitser Von Rocquess de vertaling van dit Russische werk op zich nam. Intussen was Speransky overigens vanuit Rusland naar Amerika gevlucht en de wetenschappelijke aandacht, die hij en zijn werk verdienden, werd zodoende natuurlijk niet verkregen. Overigens is Rusland inmiddels wel zo wijs geweest de eer weer naar zich toe te halen en wordt Speransky in de Russische literatuur ook weer volop genoemd.

U ziet, dat al deze wetenschappelijke bevestiging in de richting van de neuraletherapie in haar geheel op te nemen bleek te zijn om de neuraletherapie in haar geheel op te nemen in de leer geneeskunde van de universiteit. Inderdaad heeft Speransky zelf ook al bij het uitgeven van zijn wetenschappelijke experimentele werk voorzien welke consequenties de acceptatie van de wetenschappelijke feiten, die hij had gevonden, voor de geneeskunde zou opleveren. Ikzelf heb in de loop van de jaren natuur-

lijk overal gezocht om alles wat hier allemaal zo ongelooflijk klinkt zwart op wit te lezen te krijgen. De grote voorzitter gedurende vele jaren van de Internationale Vereniging direct na oprichting (1958) was dokter J. Gobel. Ook zijn geschriften zijn in de neuriaaltherapeutische literatuur een 'must'. Hij heeft zich persoonlijk altijd veel om mij en mijn werk bekommerd en hem wil ik op deze plaats hartelijk danken voor zijn vriendschap en wijsheid. Bij een privé-bezoek van mij bij hem thuis heeft hij de Duitse vertaling van dit boek voor mij uit de kluis gehaald en aan mij laten lezen. Hij had trouwens ook de originele Russische uitgave in zijn bezit.

Hierin had prof. Speransky in de samenvatting letterlijk geschreven: 'De kennismaking met deze categorie van verschijnselen, zoals ik ze in mijn verslag over mijn onderzoekingen heb gepubliceerd, stelt nagenoeg alle oude voorstellingen over het ontstaan van lokale pathologische processen in de geneeskunde op hun kop. Er moet in elk geval een aantal celpathologische theorieën niet of niet meer kloppen. Een aantal ziekten, geclassificeerd in orgaanziekten en pathologische systemen, zoals we die tot op heden nog kennen, zal straks in de bestaande (oude classificatie) niet meer thuishoren.' Voorwaar een stelling, die reeds in zijn boek getiteld *Grundlagen der Theorie der Medizin* van 1936 is verschenen, maar waar de geneeskunde tot op heden niet aan toegekomen is. Ik heb een tamelijk scherpe scheiding gemaakt tussen studie van het zenuwstelsel in West-Europa en Oost-Europa. Dit is natuurlijk een kunstmatig tegenover elkaar stellen geweest. Het is misschien daarom toch goed op deze plaats ook nog even de naam van een wetenschapper te noemen, die uit West-Europa komt, en die voor de leek die dit boek leest misschien niet zo belangrijk is, maar die voor een arts of voor een wetenschapper, zeker in verband met de Russische onderzoekingen in de vroegere geschiedenis, wel belangrijk en interessant is: professor G. Ricker (*Rickers Relationspathologie*, 1905). De leer van deze professor is waarschijnlijk aan alle artsen wel bekend. Ikzelf heb haar in ieder geval bij de aanvang van mijn studie in de pathologische anatomie reeds leren kennen. Ricker was patholoog-anatoom in Maagdenburg, thans in Oost-Duitsland gelegen, en hij kwam op grond van zijn experi-

mentele onderzoeken op proefdieren tot de slotsom, dat de invloed van het zenuwstelsel op het bloedvatensysteem, en via dit vervolgens op de weefsels, *centraal* staat. Hij spreekt in zijn publikaties over zogenaamde '*Stufengesetze*' (trapsgewijs verloopende wetmatigheden in fenomenen), die vanuit het zenuwstelsel als hoogste trap in gang worden gezet en dan vervolgens via de lagere trap van de bloedvaten en de nog lagere trap van het perifere weefsel verlopen. In die onderscheiden drie weefsels spelen zich wetmatig bepaalde fysiologische (volgens de normale functieleer) en pathologische (volgens de ziekteleer) processen af, slechts afhankelijk van de prikkelgrootte! Dat hij spreekt van '*Relatiepathologie*' komt, omdat hij met deze benaming in die tijd heeft willen aantonen, dat iedere cel in eerste instantie *een afhankelijke relatie* (Relation) met het organisme heeft. Hij stelde en liet ook zien, dat alle fysiologie en pathologie in volgorde van tijd de fasen (stadia) doorloopt van zenuw, bloedbaan, weefsel. Ricker (in 1948 overleden) was indertijd, net als nog enkele andere wetenschappers en artsen, iemand, die de leer van Virchow (1859), een van de grote voormannen in de reguliere geneeskunde wiens leer thans nog steeds vrij eenzijdig wordt aangehangen, in haar extreemheid bestreed. Hij bestreed ook toen al - of nog - (het is maar hoe je er tegenaan kijkt) de door Virchow gepostuleerde zelfstandigheid van de cel en hij laat ook in zijn proeven (net als Speransky) zien, dat iedere lokale prikkel via de werking van het zenuwstelsel het hele organisme beïnvloedt. Hij wijst erop, dat dit feit zich in drie fasen voltrekt en dat dit door hem zo beschreven *neurocirculatiesyndroom* zijn uitwerking heeft op bloedbeeld, serumspiegel, warmtehuishouding etcetera. Dit laatste is Ferdinand Huneke en latere aanhangers, alsmede prof. Pischinger rond 1950, dus na de oorlog, natuurlijk ook bekend. Het is mede bepalend in de ontwikkeling van theorie en praktijk van het grondstelsel (BBRS, zie aldaar)!

c. Recente geschiedenis rond de neuroltherapie

Direct na de Tweede Wereldoorlog, dat wil zeggen rond de vijftiger jaren, kwamen in Duitsland weer de zogenaamde bio-

logisch georiënteerde artsen bij elkaar. In het Duitstalige gebied is dit vanaf de tijd voor de eeuwwisseling altijd al het geval geweest. Het Duitstalige land was de bakermat van onze hedendaagse holistische voorgangers en trouwens tevens de bakermat van alle artsen in de wereld, die de biologische totaliteitsgeneeskunde ook, of vooral, bleven aanhangen. In het jaar 1949 vond in West-Duitsland dan weer het eerste congres van die biologische-artsenschool plaats. Hierover heb ik zelf officiële literatuur in handen gekregen; dat wil zeggen, ikzelf heb het verslag van deze bijeenkomst en ik denk, dat niet veel artsen dit inmiddels toch antiquarische geschrift zullen bezitten. Tijdens dit congres, waar ook Ferdinand Huneke het woord voerde, was een belangrijk thema de zogenaamde haardziekten.

Ferdinand Huneke beklemtoont hier natuurlijk in alle toonaarden de vondst van hemzelf, het secondenfenomeen en de invloed van de neurale factor in de ziekteontwikkeling bij haardproblematiek. Natuurlijk is de werkgroep over het haardonderzoek en de haardtherapie zeer enthousiast, maar ook is zij, naar naderhand blijkt, zeer voorzichtig. Men ziet dan al in, dat er bij dit haardprobleem nog veel meer factoren dan alleen de belangrijke neurale factor een rol spelen. In deze groepering rond haarden en focusziekten is in die tijd onder andere ook vertegenwoordigd prof. Altmann - nog steeds een grote naam - die destijds als kaakspecialist/tandarts in het Weense ziekenhuis Lains werkte en doceerde. Tevens is aldaar aanwezig de nog jonge dokter Hopfer, inmiddels prof. Franz Hopfer en onlangs 70 jaar geworden (geboren 25-5-17), die in 1943 aan de universiteit te Wenen promoveerde in de *gehele* geneeskunde. Dit wil zeggen, hij was bevoegd om zowel de praktijk van een arts als die van een tandarts uit te oefenen. Dit was toentertijd, en is zelfs nu nog, verregaand gebruikelijk in Oostenrijk. Deze thans nog steeds zo levendige Franz Hopfer, met wie onze Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie gedurende vele jaren een intensief contact heeft gehad en nog heeft, en die natuurlijk ook tot erelid van onze neuraaltherapeutische vereniging is benoemd, heeft een ontzettend belangrijke katalysatorische werking gehad bij de verdere ontwikkeling en het uitdragen van de neuraaltherapie.

Dit kunt u tot op heden eigenlijk nergens lezen en aangezien ikzelf dit nog vanuit de oerbronnen weet, is het goed het hier ook nog eens uit de doeken te doen. Dat maakt namelijk ook veel onderlinge betrekkingen in medische kringen en wandelingen duidelijk, betrekkingen die weliswaar inmiddels veelal zijn verbroken, maar die thans soms ook weer aangeknoopt gaan worden. Zo kwam in het jaar 1949 de groep van biologische tandartsen en kaakchirurgen weer voor het eerst bij elkaar. Zoals gezegd waren vele tandartsen in die tijd tegelijk arts. Hier moet ik ook noemen mevr. dokter M. Glaser, die thans als 87-jarige tandarts en arts en haardonderzoekster van

het eerste uur, nog steeds werkt in de praktijk van haar zoon, de befaamde grote Duitse kaakchirurg/tandarts dokter R. Turk in Bad Pyrmont.

Wederom kunnen we, niet zonder trots, stellen dat beide coryfeeën ook erelid van onze Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie zijn. Wij onderhouden nog steeds intensief contact met elkaar.

Deze haardleer was, zoals ik al vertelde, bij het optreden van het secondenfenomeen een belangrijke leer, die de reguliere geneeskunde toentertijd eigenlijk bezig was te verlaten omdat ze er *praktisch niet* mee uit de voeten kon. De haardleer, die een haard verantwoordelijk stelt voor diverse ziekten, had in de voorafgaande tijd dus, zoals gezegd, niet voldaan. Het tan-

dentrekken en het zomaar in het wilde weg wegnemen van amandelen, appendices, galblazen etc. was *niet efficiënt* geble-

ken. Er moest meer wetenschappelijk onderzoek komen en te-

vens meer klinisch gerichte onderzoeken. Nu kwam F. Huneke hier in 1949 met zijn nieuwe zienswijze, terwijl een aantal

jaren later dokter Ernesto Adler uit Spanje kwam met zijn ervaringsfeiten omtrent tand- en gebitsshaarden, die de klinische neuraaltherapie ondersteunden

De ervaringsfeiten van Ferdinand Huneke bleken *in de praktijk* een enorme steun voor de uiteindelijke waarheid, die in de

haardleer te vinden moest zijn, doch de *theoretische* wetenschap zou nog veel dieper moeten graven voordat zij de beno-

digde steun kon leveren aan de geneeskunde van de praktijk. Intussen hebben evenwel zogenaamde alternatieve artsen, ook

enkele artsen hier in Nederland, veelal toch in hun praktijk ge-

bruik gemaakt van de in 1940 door F. Huneke geopenbaarde waarheid inzake haard- en stoorveldziekten. Te onzent hebben in het verleden over de belangrijkheid van deze haardleer vooral gesproken mijn collega dr. Coen van der Molen, de grondlegger van de elektro-acupunctuur in Nederland, de tandarts F. Nelissen en ikzelf. Om het geschiedkundige verhaal van een zo belangrijke rode draad te voorzien, kan ik verder vermelden, dat in de daarop volgende jaren ook prof. Pischinger uit Wenen aanwezig was op deze 'biologische conferentiedagen'. Samen met dokter Hopfer bezocht hij dokter Ferdinand Huneke meerdere keren in de jaren tussen 1952 en 1958.

Deze contacten brachten een grote ontwikkeling op gang in onderzoek, toepassing en verbreiding van de neuraaltherapie onder artsen en tandartsen. Tussen 1958 en 1978 zorgde F. Hopfer er ook nog voor, dat er een *polikliniek voor haardziekten* in een van de Weense ziekenhuizen werd opgericht. Door zijn goede contacten met de universiteiten van Wenen en met vele professoren en lectoren aldaar kreeg hij het voor elkaar om in de zestiger jaren het beroemde zogenaamde 'Weense team' te formeren, waarin zitting hebben en meewerken prof. Fleischacker, prof. Pischinger, prof. Stacher, prof. Kellner, dr. Perger en universiteitswetenschapper en docent dr. Bergsmann. Geheel uit enthousiasme werken zij grotendeels nog zonder geldelijke tegemoetkoming 's avonds en 's nachts aan de theoretische en praktische ontwikkeling van de neuraaltherapie en het grondstelsel (het BBRS). Pas veel later zal er uiteindelijk ook een kleine geldelijke tegemoetkoming voor prof. Pischinger en zijn team komen, vanuit de gelden van de zogenaamde Ludwig Boltzmann Stichting, een stichting van regeringswege ondersteund, ter bevordering van wetenschappelijk onderzoek van belangrijke geneeskundige randgebieden. Het is dit team, dat in staat is voor het eerst de successen van de neuraaltherapie, met name van het secondenfenomeen, wetenschappelijk te objectiveren en zo de ontwikkeling van het grondstelsel volgens Pischinger (het BBRS) weer een stuk verderop te brengen.

Het is hier de plaats om nogmaals de naam van dr. Otto Bergsmann te noemen, lector en longarts uit Oostenrijk, die vanaf de

aanvang een heel grote rol heeft gespeeld, en nog speelt, in de ontwikkeling van de neuraaltherapie en het BBRS. U merkt wel, dat ik heel enthousiast ben, als ik de namen van bepaalde grote collegae in de neuraaltherapie naar voren kan brengen. Dat komt natuurlijk omdat ikzelf in de vele jaren dat ik deze collegae ken, goed bevriend met hen ben geraakt. In het geval van dokter Bergsmann is het echter vooral, omdat ikzelf ook meen te weten hoe belangrijk zijn wetenschappelijke vondsten en inzichten zijn geweest Praktijk en theorie van de neuraaltherapie en trouwens van de geneeskunde in het algemeen, zijn steeds in ontwikkeling en niet altijd wordt onder eigen vakbroeders - dit geldt natuurlijk ook binnen onze eigen sectie van de neuraaltherapie - iedere geponeerde stelling direct met gejuich begroet. De grootheid van Bergsmann is bekend bij wellicht iedereen, die zich met het grondstelsel bezig houdt, want hij ontdekte als longarts dat er bij *eenzijdige* longprocessen een verschil in het aantal leucocyten (=witte bloedlichaampjes) per mm³ was tussen het bloed geprikt links en rechts uit de elleboogader. Dat verschil bedroeg meestal zo rond de drieduizend cellen. Stoorvelden en haarden treden meestal aan één kant op en geven dan aanleiding tot een *zogenaamde humorale asymmetrie*. Bergsmann behandelde een patiënt met een therapieresistente prikkelhoest door een injectie met een lokaalanestheticum in het stoorveld van de tonsillen. Hij verkreeg hierbij het secondenfenomeen. Voor de behandeling differentieerde hij het aantal leucocyten per mm³ bloed en vond een verschil van 3000 cellen tussen links en rechts. 135 minuten na de injectie bleek deze humorale asymmetrie in de hoeveelheid witte bloedcellen per mm³ verdwenen. Een controle na 24 uur gaf nog steeds normale waarden zowel rechts als links te zien. Het is niet alleen vanwege deze belangrijke klinische vondst in de aanvang van de ontwikkeling van het BBRS en ter verklaring van de werking van de neuraaltherapie met behulp van het BBRS, dat ik de naam van dokter Bergsmann nog eens naar voren haal. Eigenlijk is het zo, dat ik zijn naam wil noemen vanwege feiten en theorieën van hem, die nog door zeer velen toegejuicht moeten gaan worden. Het bovenstaande is namelijk nog niet direct in zijn volle waarheid aangepakt en begrepen.

Bergsmann wil met behulp van manuele therapie, neuraaltherapie en acupunctuur inzichten in energetische wisselwerkingen aan ons demonstreren, die binnen de onderscheiden methodieken nog steeds niet volledig door iedereen in hun volle waarde ingeschat schijnen te kunnen worden. Bepaalde spierketens, bepaalde acupunctuurmeridianen en bepaalde neurale systemen staan steeds op een wetmatige manier in betrekking met elkaar, zo stelde hij met behulp van klinische methodieken vast. Het zijn deze verbindingen tussen de drie bovengenoemde onderscheiden geneesmethoden, die wetenschappelijk verder onderzocht moeten worden. Het zou mooi zijn als wij hier in Nederland, in het nieuwe centrum voor geïntegreerde geneeskunde te Winterswijk, dat op het punt staat geboren te worden, wetenschappelijk en klinisch praktisch steun en verdere uitbouw konden geven aan de nog niet verder onderzochte proefstellingen van dr. O. Bergsmann. Wij zijn in Nederland op een bepaalde manier verder dan in andere landen: als wij thans maar eendrachtig aan het werk konden gaan. Tot zover de meer recente geschiedenis van de neuraaltherapie. De verdere ontwikkelingen kunt u lezen bij de bespreking van het grondstelsel volgens Pischinger, in Nederland genoemd het basisbioregulatiesysteem (BBRS). Dit recent ontwikkelde systeem zal in de toekomst artsen en andere geneeskundigen zowel wetenschappelijk als klinisch inzicht gaan geven in vele fundamentele regulaties, die in het menselijk organisme plaatsvinden. Het is tevens als meetmethode binnen de geïntegreerde geneeskunde (dus zowel regulier als alternatief) te gebruiken.

2. Het basisbioregulatiesysteem (BBRS) of het grondstelsel volgens Pischinger

Tegenwoordig weet men dat ziekte- en genezingsprocessen uiteindelijk steeds via de zenuwen van het vegetatief zenuwstelsel verlopen, en dat procaïne, op de juiste plaats gebruikt, in staat is storingen op te heffen op de plaats, waar de ziekte zich voordoeft Tegelijk met het herstel van onder andere de normale elektrische verhoudingen van de zenuwen en weefsels, wordt de functiestoornis opgeheven. Tenminste voor zover dat anatomisch nog mogelijk is, kan er dan weer sprake zijn van een gezonde toestand.

Ziekte, zo hebben we de laatste jaren leren zien, betekent immers steeds een stoornis van iets dat leeft, en leven is energiegebonden. Nooit is er alleen een orgaan ziek, maar altijd de mens als geheel. Het is natuurlijk geen gemakkelijke taak voor de arts om hier regelend op in te grijpen

Bovendien is zeker in de geneeskunde juist alleen het resultaat steeds van belang voor de patiënt die hulp zoekt. Hippocrates zei reeds: 'De geneesheer heeft maar één opgave: genezen, en alshij daarin slaagt is het onverschillig op welke wijze hij dit doet'. De neuraaltherapie was dus in het begin louter een empirische zaak. Zoals ik reeds eerder vertelde, kwamen de wetenschappelijke onderschrijving en erkenning van de neuraaltherapie pas later, voornamelijk in de jaren zestig en vooral dank zij het eerder genoemde Weense wetenschappersteam. Dit team slaagde er onder andere in aan te tonen, dat het tot dan toe omstreden secondenfenomeen van de neuraaltherapie zeer goed objectiveerbaar was. Men kan ziekte namelijk zeer goed beschouwen als een stoornis aan de basis van het vegetatieve zenuwstelsel: of, zoals Pischinger zegt, als een stoornis in het milieu rond de cellen en organen, waarin de allerfijnste uitlopers van het vegetatieve zenuwstelsel en de bloedvaten eindigen, oftewel in het grondregulatiesysteem.

Het laatste wordt ook wel eens het zogenaamde 'transit-mesenchym' genoemd, maar jammer genoeg wordt het belangrijkste

woordje 'transit' meestal achterwege gelaten. Organen en orgaancellen staan namelijk *niet* in rechtstreekse verbinding met de bloedbaan, zelfs niet met de kleinste bloedvaatjes, *noch* met de zenuwen, die de bevelen doorgeven. Het is ook de studie van Pischinger en zijn team geweest, waarmee dit voor het eerst met behulp van een elektronenmicroscop is bevestigd. De uitwisseling tussen milieu en cel geschiedt via het naar Pischinger genoemde grondstelsel van zacht bindweefsel en intercellulaire vloeistof, dat ongeveer 60% van het menselijk weefsel omvat.

Daar worden onder herhaaldelijke controle van het centrale zenuwstelsel de belangrijkste levensverrichtingen geregeld, zoals bijvoorbeeld stofwisseling, doorbloeding, temperatuur, celademing, energiehuishouding en zuur-basenevenwicht. Ontstaat er ergens in het organisme een storing, dan worden allereerst in het grondstelsel de eerste tegenmaatregelen getroffen. Hier belanden de eerste ziekteprikkels, en hier worden zij ook afgebouwd of in ieder geval geneutraliseerd, althans, als het orgaan behoorlijk functioneert. De Weense groep toonde aan dat ontstekingen, verwondingen, bacteriehaarden, vreemde voorwerpen en littekens langdurige storingen in dit grondstelsel kunnen veroorzaken, die niet alleen klachten *ter plaatse* kunnen verwekken, maar ook invloed kunnen hebben op *heel* dat organisme en op de *gehele* mens en hem daardoor vatbaar kunnen maken voor allerhande ziekteprikkels. Ik kom daar bij de behandeling van het stoorveld nog op terug. Het ligt voor de hand dat op die manier nog meer schadelijke invloeden op een gegeven moment niet langer kunnen worden ondervangen door het lichaam. Er zullen dus ziekten ontstaan bij diegenen, wier gestel (afweersysteem/algemene weerstand) verzwakt is of verzwakt is geworden, dat wil zeggen bij patiënten die reeds aan organen of orgaansystemen ziek zijn. Vooruitlopend op dat wat na de ontwikkeling van het grondstelsel al verder is ontwikkeld, kunnen we zeggen dat men op een gegeven moment met bepaalde technische onderzoeken aan de patiënt verschillen tussen de beide lichaamshelften heeft kunnen constateren, zoals ik hiervoor reeds heb genoemd. Ik bedoel hier de ontdekkingen van dokter Bergsmann betreffende het aantal witte bloedlichaampjes, maar ook de verschillen in

de temperatuur, de zuurstof- en energiestofwisseling, alsook afwijkingen in de huidweerstand en de bio-elektrische potentiaal. Deze verschillen bleken steeds het gevolg te zijn van stoorvelden en/of ziekten in een lichaamshaard en ze konden dikwijls door middel van de neuriaaltherapie worden opgeheven. Deze resultaten bewijzen, dat een op de juiste manier toegepaste procaïnetherapie, zoals de gebroeders Huneke deze propageerden, in staat is de *gronddoorzaak* van de ziekte aan te pakken en de ziekte zo ook grondig te genezen. Zo kunt u zich ook indenken, dat elk litteken als een stoorveld kan werken doordat het stoorimpulsen uitzendt, die net als een stille televisie- of radiozender via de zenuwbaan op een andere plaats ziekteverschijnselen kunnen oproepen en onderhouden. Zo'n afstandswerking komt op het eerste gezicht als wonderlijk over. Toch verwonderen wij er ons niet over, dat op de tweede verdieping het licht niet brandt als in de kelder de zekering is doorgeslagen. Waarom zouden we dan verbaasd kijken als we horen, dat het litteken van een ongeval aan de voet of van een appendix-operatie, of keizersnee een migraine of eventueel een chronische schouderontsteking uitlokt? Leven is aan energie gebonden en bij prikkels, door koude, chemicaliën, verwonding, etc. verdwijnt de potentiaal. Dankzij het zuurstofmetabolisme krijgt de cel de energie om direct weer die potentiaal op te laden, maar na zeer heftige prikkels of na zeer agressieve verwondingen of operaties lukt dit vaak niet meer. De cel kan zich dan vaak niet meer volledig opladen. Vanuit zulk een zone kunnen dan, bijvoorbeeld door een onvoldoende genezen litteken, dat men van buitenaf meestal niet zo direct kan zien of voelen, stoorimpulsen worden uitgezonden. Mensen met verzwakte, of door vroegere ziekte reeds beschadigde organen, hebben in de regel een gestoord vegetatief zenuwstelsel, dat zich onder andere kenmerkt door een slecht onderscheidingsvermogen. De zinloze impulsen van de stoorzender worden hier nu verwerkt tot ziekelijke doorbloedingsstoornissen en ander afwijkingen. Daarom kunnen stoornissen bij *verschillende* mensen totaal *verschillende* ziektebeelden oproepen: bij de ene reuma, bij een ander migraine enz. Het neuriaaltherapeuticum, dat in een stoorveld wordt ingespoten, laadt de cellen weer op. Met deze regulatie door procaïne worden de nor-

male celfuncties hersteld en wordt de stoorzender uitgeschakeld. Door elke nieuwe injectie in het stoorveld wordt het organisme als het ware steeds weer geleerd, hoe het de juiste potentiaal moet opbouwen en op peil houden.

Ik heb hier, zoals u misschien reeds hebt opgemerkt, al iets verteld over het stoorveld en ook over het werkingsmechanisme van het lokaalanestheticum. Het is onmogelijk bepaalde onderdelen van de leer van de neuraaltherapie op bepaalde plaatsen weg te laten. Het is ook niet erg dat op diverse plaatsen dezelfde onderwerpen, vanuit een andere invalshoek, nog eens ter sprake komen, want op deze manier begrijpt u de samenhang beter.

Nu wil ik wat dieper ingaan op de ontwikkeling die door het Weense team onder leiding van prof. Pischinger is ingezet. Om het nogmaals duidelijk te stellen: Pischinger was al voor 1949, toen hij op de klinische congressen van de biologische geneeskunde omtrent de leer van de neuraaltherapie aanwezig was, als wetenschappelijk hoogleraar bezig met onderzoek naar een nieuwe theorie, een nieuwe invalshoek in de geneeskunde. We kunnen stellen, dat hij zeker al rond 1948 kwam met zijn eerste samenhangende gedachten en theorieën hieromtrent. Ikzelf heb het voorrecht gehad Pischinger enkele malen te ontmoeten en daarbij ook met hem hierover van gedachten te wisselen. Persoonlijk heb ik toen ook vragen gesteld naar zijn ontwikkelingsgang.

Er is hier een duidelijke rode draad, zo had Pischinger vastgesteld, en die had te maken met onze wereldberoemde hoogleraar prof. Herman Boerhaave (1668-1738) uit Leiden. Na de ontdekking van de bloedsomloop door William Harvey (1578-1657), was er een geneeskunde ontstaan, waarbij bepaalde theoretisch bedachte (medische) systemen als het ware de Hippocratische ervaringsgeneeskunde in de weg stonden. Het was nu de wereldpaus onder de artsen, Herman Boerhaave geweest, die in die tijd in heel West-Europa een nieuwe Hippocratische geneeskunde invoerde doordat hij als het ware de leer van *de geneeskunde van alle ons bekende vroegere tijden* op zijn manier eclecticisch in een nieuwe theorie en praktijk indeelde. Herman Boerhaave greep weer terug naar het begrip ziekte en zieke mens, door dit weer te zien in het licht van stoornissen in

weefsels en in lichaamssappen, naar het vroegere Hippocratische voorbeeld.

Zijn lievelingsleerling, Gerhard van Swieten (1700-1752), werd in 1745 door Keizerin Maria Theresia met een leeropdracht in de geneeskunde naar Wenen geroepen en hij heeft deze opgave op een geweldige manier vervuld. Indertijd zijn in Wenen nog meer leerlingen van Boerhaave aan het werk geweest, zoals Anton de Haan. In ieder geval is het duidelijk dat in het Oostenrijkse Wenen nog steeds de leer van Hippocrates met zijn humorale invalshoek in de klinische geneeskunde werd gehanteerd. Toen nu in de tijd van Virchow (1859) de cel op een gegeven moment als de primaire zetel der ziekte werd gezien, wilde een voorganger van prof. Pischinger aan de universiteit van Wenen, de patholoog Rokitansky (1804-1878), die van de zogenaamde tweede generatie der Weense school is, zich nog steeds niet los maken van de oudere Kippoeratische, Galenische humorale opvattingen omtrent het ontstaan van ziekte.

In de Weense school stond dus ten tijde van Pischinger nog steeds - en sinds meerdere generaties - de praktijk, het ziekbed zoals onze Boerhaave dat had geleerd centraal. Dit gold in het bijzonder voor de zorgvuldige klinische observatie. Ten tijde van Rokitansky ontstond hier de tweede Weense school met de neo-Hippocratische opvattingen. Rokitansky had een enorme ervaring. We hebben van hem uit vijfendertig jaren zeker dertigduizend sectieprotocollen. Hij was er zeker van, dat de pathologische structuurveranderingen die met het blote oog te zien waren berustten op bepaalde bloedveranderingen, op bepaalde humorale veranderingen die tijdens het leven plaatsvonden. Met deze opvattingen, zoals Hippocrates ze destijds had gebracht, stond hij dus eigenlijk de leer van Virchow, die wij tot op heden te streng zijn blijven aanhangen, in de weg. Virchow won toentertijd.

Door de invloed die Carl von Rokitansky indertijd steeds in de Weense school heeft gehad, zien we op een gegeven moment voor de Tweede Wereldoorlog de ster van prof. Eppinger in Wenen oprijzen. Hij publiceert, als men in de literatuur kan nalezen, het in die tijd zo ontzettend belangrijke onderzoekswerk, waar Pischinger op zijn beurt inhaakt en vervolgens

mee doorgaat. Dit werk van prof. Hans Eppinger is getiteld: *Die Permeabilitatspathologie ah die Lehre von Krankheitsbeginn*. Hij stelt dat ziekte ontstaat doordat er in de *weefselspermeabiliteitsveranderingen (doorlaatbaarheids-)* van de cellen optreden. Een bepaalde groep stoffen is hiervoor verantwoordelijk. Hij kan deze laatste niet zelf aantonen. Zijn geschrift is overigens ook nergens meer te krijgen, maar ik heb het indertijd van dokter Gobel, een van de eerste erepresidenten van de Internationale Vereniging voor Neuraaltherapie volgens Huneke, gekregen.

In dit werk, met zijn leer over de permeabiliteitspathologie, kwam de belangrijke plaats van de humores (lichaamsvloei-stoffen) in zieke en gezonde weefsels in de zin van de oude leer van Galenus en Hippocrates naar voren. Eppinger deed dit in een goede synthese, namelijk op een dusdanige manier, dat hij de waardevolle inzichten verkregen vanuit de orgaanpathologie van Virchow niet opzij hoefde te schuiven. Hij beklemtoonde voor Pischinger reeds, dat het celmilieusysteem van het bindweefsel de eigenlijke plaats is, waar zich de primaire regulatieprocessen van het levende organisme afspelen. Die extracellulaire vloeistof van dat celmilieusysteem van het organisme is overal in het lichaam als buffermedium aanwezig en in dit systeem kunnen de orgaancellen zich differentiëren en hun gespecialiseerde prestaties leveren. Hoewel dus de humoraalpathologie, uitgaande van de sappenleer van Galenus, zeer oud was, had men toch deze leer weer vergeten. Dit niemandsland in de geneeskunde is, zoals we straks zullen zien, toch zeer belangrijk. Deze sappen bestaan namelijk niet alleen uit een hoeveelheid vloeistof, daarin liggen ook de belangrijke niet gedifferentieerde bindweefselcellen. En dit extracellulaire systeem bevat *driemaal* de hoeveelheid bloed, die een mens normaal bezit. Bij een hoeveelheid bloed van gemiddeld zes liter, betekent dit, dat wij ongeveer 18 liter extracellulaire vloeistof hebben. Eppinger laat dus de waarde van deze extracellulaire sappen zien, en vervolgens begint Pischinger ook al in de jaren voor de Tweede Wereldoorlog met studies, waarbij hij onderzoek doet naar de functies van het losse bindweefsel in die extracellulaire vloeistof. Pischinger was patholoog-anatoom aan het embryo-

logisch instituut van de Weense universiteit (embryologie is de ontwikkelingsleer van de jonge vrucht). Kenmerkend was ook dat deze studierichting in Wenen heel anders was ondergebracht dan aan alle andere universiteiten in Europa. Ze viel namelijk onder de faculteit voor fysiologie (de leer der levensverrichtingen). Zo kunt u begrijpen dat Pischinger in die tijd zich als *patholoog-anatoom* (de man die de vorm en structuur van zieke weefsels en cellen onderzoekt) bezig hield met *experimentele fysiologie!*

Het is indrukwekkend, wat het werk van Pischinger laat zien over de functies die de losse bindweefselcellen binnen de extracellulaire vloeistof bezitten.

In figuur 1 zien we zo'n bindweefselcel van het weke bindweefsel. We zien hier allereerst zogenaamde *vaste bindweefselcellen* of fibrocyten, die met hun lange en dunne uitlopers een netwerk vormen. In de mazen van dit netwerk bevinden zich vervolgens alle soorten *vrije bindweefselcellen* die ons lichaam kent en die zich zelfstandig kunnen voortbewegen, zoals de histiocyten, plasmacel, lymfocyt, mestcel en granulocyt. Verder zien we in het weefsel grove (collagene) en fijne (elastische) vezels, die met de vaste bindweefselcellen samen het netwerk vormen. Een andere component van de substantie, die zich tussen de mazen van het netwerk bevindt, wordt gevormd door de zogenaamde *eiwitarme, amorfe grondsubstantie*, die van de allergrootste betekenis is voor de stofwisselingsprocessen en ook voor alle andere basisregulatieprocessen van het lichaam. Aan het einde van het hoofdstuk over het BBRS kom ik terug op deze zogenaamde amorfe grondsubstantie. Het is de laatste jaren namelijk gebleken, dat die grondsubstantie niet amorf is, doch integendeel een ongelooflijk geraffineerd netwerk is, dat is opgebouwd uit multi-polymere suikerproteïne-complexen (prof. Heine, 1985).

In figuur 2 laat Pischinger zien, dat de stamcel van het weke ongedifferentieerde bindweefsel de fibroblast (=jonger bindweefselcel) is en dat die cel ook in het organisme van de volwassene nog steeds als *toti-protente* bindweefsel (oer cel die nog alles kan worden) voorhanden is.

Pischinger was zoals reeds werd gezegd en experimentele histoloog (onderzoek van weefsels). Hij liet in die specifieke

celculturen zien, dat alle soorten verschillende bindweefselcel-differentiaties vanuit die stamcel konden ontstaan en dat die gedifferentieerde cellen ook later nog zelfs in elkaar over konden gaan.

Tevens liet hij bij zijn experimenten zien, dat onder invloed van de functieprikkel in het desbetreffende grondweefsel *verschillende celvormen* ontstonden, eigenlijk zonder dat er een toevoer van die cellen vanuit het bloed zelf te zien was. Bovendien was er ook nog te zien dat die fibroblasten een *rechtstreekse* invloed op het milieu uitoefenden. Bij het wegvallen van bepaalde organische voedingsstoffen in het cultuurmedium zag men dat fibroblasten zogenaamde cytoplasmatische (celweefsel)druppeltjes afgaven, waarschijnlijk door veranderde oppervlakteverhoudingen. Deze afgescheiden druppeltjes brengen waarschijnlijk op die manier bepaalde stoffen vanuit die fibroblasten in het milieu en ze modificeren dit milieu daardoor zodanig, dat de cellen van dit milieu in leven kunnen blijven.

Biologisch gezien toont Pischinger hier dus aan, dat men in de praktijk het celbegrip niet zonder het levensmilieu van die cel geïsoleerd kan blijven bekijken, zoals in onze hedendaagse geneeskunde, in navolging van de Berlijnse patholoog-anatoom Virchow (1821-1902), nog steeds de heersende tendens is. Dit is een uiterst belangrijke wetenschappelijke conclusie, die ons de vingerwijzing geeft om de geneeskunde ook weer vanuit de (vergeten) invalshoek van Hippocrates-Galenus te bestuderen.

In figuur 3 geef ik nog eens het beeld van de zogenaamde eindstroombaan (van de bloedvaten dus) en van het zogenaamde 'transit-mesenchym'.

- a. We zien dus, dat de capillairen (haarvaten) geen direct contact met die orgaancellen hebben, en dat alle stoffen, die uit zo'n eindcapillair uittreden, het *eerste* terechtkomen in die extracellulaire vloeistof. *Vervolgens* reageren die stoffen dan met de bindweefselcellen en pas *daarna* volgt de invloed van die bepaalde stoffen op die specifieke orgaancellen.
- b. Vervolgens ziet u dat het *neuro-vegetatieve eindtraject* (het laatste stuk van het netwerk van het autonome zenuwstelsel) ook geen direct contact met die specifieke orgaancel-

len heeft, en dat er ook hier geen synaptische prikkeloverdracht bestaat (er is dus geen eindorgaantje aan zo'n zenuw). Hier worden zogenaamde neuro-transmitterstoffen (stoffen, die door de zenuw worden afgescheiden) afgegeven, zoals het noradrenaline, maar ook acetylcholine, die eveneens de samenstelling van de extracellulaire vloeistof modificeren.

In figuur 4 kunt u nog eens zien, hoe dat neuro-vegetatieve eindtraject eruit ziet; hoe de als het ware parelachtige eindverdichtingen in dat syncytium (zenuwnetwerk) de plaats vormen waar neuro-transmitterstoffen geproduceerd en afgegeven worden aan het milieu.

In figuur 5 kunt u iets zien van de belangrijke onderzoeken van Jabonero. Deze patholoog toont aan, dat in het perifere eindnet enkele ganglioncellen type 2 volgens Dogiel (een apart type zenuwcel) gelegen zijn en dat die cellen, zowel met orthosympathische (de sympathicustak van het autonome zenuwstelsel) als met parasympathische zenuwbanen (de vagustak van het autonome zenuwstelsel) verzorgd worden. We zien in deze onderzoeken van Pischinger duidelijk, hoe op moleculair-biologisch niveau bepaalde basale regulatieprocessen in het Hippocratische sappensysteem, later aangevuld tot het complete vegetatieve grondstelsel, gelegen zijn. Concluderend kunnen we dus zeggen, dat het milieu in dat weke bindweefsel op drie manieren gemodificeerd kan worden:

1. door die zogenaamde toti-potente bindweefselcel (of door een van haar celdifferentiaties);
2. door de capillairen (die overigens ook mede de hormonale regulatie sturen);
3. door het nerveuze eindtraject.

Deze drie bestaande regulatiemechanismen in het basissysteem zijn ter plekke natuurlijk via bepaalde cybernetische interacties *onderling met elkaar* verbonden, maar elke pool in het grondweefsel staat ook in verbinding met elk centraal gelegen centrum van ons lichaam (centraal zenuwstelsel/hersenen/hypothalamus/hypofyse en het centrale systeem van de afweer). Figuur 6 toont ons deze drie *algemeen regulerende lichaamssys-*

temen. Ze laat zien dat de neurale pool van het grondweefsel verbonden is met het centraal zenuwstelsel, de hormonale pool met het hormoonstelsel (met als belangrijkste hormonale systeem het hypofyse-bijnier-systeem) en de cellulaire pool met het lichaamssysteem van de grote afweer (het zogenaamde reticulo-histiocytair systeem (RHS) en het lymfesysteem, waarbij ook het thymussysteem zeker niet vergeten mag worden). In figuur 7 zien we het 'naaldeprikfenomeen van Pischinger'. U ziet in deze figuur met doorlopende en onderbroken pijltjes aangegeven, hoe er na een naaldeprik *neuro-humorale* en *cyto-humorale* regulaties plaatsvinden.

Het is misschien goed nog even iets te zeggen over het begrip 'humoraal'. Humoraal betekent via de vloeibare weg. Zoals gezegd is het de verdienste van de Weense wetenschapper Eppinger (1949) geweest, dat hij als eerste de bewijzen heeft geleverd, dat er humorale stoffen bestaan in het serum (het waterige gedeelte van het bloed, dus bloed zonder de bloedlichaampjes en de bloedewitten), alsook in het waterige extract van de extracellulaire vloeistof, stoffen die een belangrijke regulerende functie hebben. Hij heeft die stoffen in zijn werk over de permeabiliteitspathologie beschreven als fluorescerende stoffen die ultra-filtreerbaar en tot een bepaalde graad hittebestendig waren. Eppinger zag als eerste arts en wetenschapper in het optreden van deze stofwisselingsprodukten in het serum en de lichaamsvloeistof, een relatie tussen deze stoffen en de functies van het vegetatieve zenuwstelsel.

Het was Pischinger, die in zekere zin als latere opvolger van Eppinger vervolgens vaststelde, dat deze stoffen ontstonden uit de leucocyten (witte bloedlichaampjes) en ook uit de fibroblasten (de primaire bindweefselcellen van het BBR). Te zamen met zijn collega Lutz stelde hij eveneens vast, dat *actieve geconjugeerde onverzadigde vetzuren* in dat waterige serumextract deze regulerende werking hadden. Hij noemde deze werkzame factor '*de Factor M*', Hij zag namelijk bij omvangrijke dierproeven, dat er na subcutane (onderhuidse) injectie met dat middel een hoogst significante toename van de monocytën in het bloed (een bepaald soort wit bloedlichaampje) optrad (77%). Overigens zag hij ook, dat er tegelijkertijd een verhoging van de lysis (het uiteenvallen van een cel) van de

lymfocyten (een andere witte bloedlichaampjessoort dan de leucocyten) optrad.

In 1961 publiceerde Pischinger zijn studies over het 'naaldprikfenomeen'. Aan de hand van dit fenomeen toonde hij aan dat bij de geringste plaatselijke irritatie van het BBRs (op welke plaats dan ook) het *totale* regulatiesysteem in het lichaam meedeed. Hij kon dit *objectiveerbaar* vaststellen aan de hand van verschillende belangrijke parameters:

1. het differentiële bloedbeeld (verhoging van de monocyteten);
2. het leucocytenaantal (vermeerderde leucolyse);
3. de jodiumbindingswaarde, die ook veranderde in het serumextract (jodometrie heet de klinische methode om deze waarde te bepalen);
4. de polarisatie-elektrische eigenschappen bijvoorbeeld van hand tot hand (een meetmethode, waarbij elektrische eigenschappen van de huid gemeten worden net als bijvoorbeeld bij een elektrocardiogram)-
5. de zuurstofutilisatie in de periferie gemeten aan het HBO₂-gehalte van het veneuze bloed.

De onderzoeken van de naaldprikfenomeen leren ons dus zonder meer, dat aan de *totaliteitsfunctie van het lichaam* een eigen systeem ten grondslag ligt en dat *dit eigen 'holistische'systeem nu juist dat grondstelsel (BBRS) is*. Dat systeem is én overal aanwezig én het reageert steeds als eenheid. Misschien zijn er mensen, die willen trachten mij het woord 'holistisch' uit de mond te nemen, omdat zij van mening zijn dat dit begrip ook impliceert de gehele mens met zijn psychische eigenschappen. Welnu, het is voor mij persoonlijk en voor talrijke collegae -wetenschappers, waarmee ik hierover heb gesproken, zonder meer vanzelfsprekend dat ook deze psychische en zelfs de (nu nog meestal) als metafysisch aangemerkte informatie binnen de mens wetenschappelijk aantoonbaar op dit holistische grondstelsel hun invloed (zullen) hebben.

Het is de verdienste van Pischinger geweest, dat hij heeft geweten op het belang van het grondstelsel (BBRS), dat is voorgeschakeld, als het ware vooraf gaat, aan de orgaancellen in ons lichaam.

Met deze onderzoeksresultaten van Pischinger en medewerkers voor ogen, zien we een groot braakliggend te diagnostiek en therapie in de geneeskunde voor ons liggen, uitgaande van het vegetatieve areaal.

De opvatting dat men vegetatieve storingen (N.B.: deze gaan zeer dikwijls ook met vage doch ernstige en met steeds moeilijk-medisch-behandelbare pijn gepaard), niet causaal zou kunnen behandelen moeten worden herzien!

Uit de resultaten van het werk van Pischinger en zijn werkgroep zien we het belang van 'de zogenaamde on- of a-specifieke therapie' (die na de ongeveer 130 jaar eenzijdige *specifieke* visie van Virchow weer naar voren komt). Het is die therapie, die aangrijpt in dit grondstelsel. Hiervoor bestaat in de reguliere medische wereld nog geen enkel specialisme. De neurale therapie volgens Huneke heeft in ieder geval bij uitstek een belangrijke therapeutische invalshoek in dit stelsel, zeker ook ten aanzien van de pijnbestrijding, maar die invalshoek is helaas door de huidige geneeskunde nog niet algemeen aanvaard. Het is u inmiddels wel duidelijk, dat ook vele van ouds bekende natuurgeneeskundige geneesmethoden hun werking ontplooiën via dit grondstelsel. Zij moeten ook in ons huidige medische repertoire mede ingezet gaan worden. Dan kunnen we vele therapieresistente en chronische ziekten, en ziekten, die met veel pijn gepaard gaan, effectief aanpakken. Pischinger kwam dus tot de conclusie, dat de belangrijke cytohumorale werkstof (hij gaf deze geïsoleerde werkstof de merknaam ELPIMED) een bepaalde tot genezing aanzettende repolariserende werking had. Hij deed vervolgens proeven met injecties van deze lichaamsstof, in het geval dat er een stoorveld bestond en hij zag bij neuraletherapeutische injectie ter plaatse van een stoorveld, dat alle gestoorde waarden weer tot de objectieve norm konden terugkeren. Hieruit trok hij de conclusie, dat het secondenfenomeen berust op een algemene omtrenting in het 'ganzheitliche' (overal aanwezige) biologische grondstelsel met de *bio-elektrische potentiaal van dat gestoorde grondweefsel* in dat stoorveld in het middelpunt, en zo ook met alle gevolgen daarvan in bloed en weefsel. Die bio-elektrische potentiaal van het weefsel, die gekoppeld is aan de waarde van de redoxpotentiaal, zal blijken een belang-

rijk begrip in de geneeskunde te zijn. Ook aan deze samenhang en aan de betekenis ervan heb ik in de loop van de jaren veel studie gewijd. Hierop zal ik bij het presenteren van mijn eigen nieuwe theorie over de werking van de neuraaltherapie (en van hieruit de werking van de BBRS zelf), die tot stand gekomen is binnen mijn werk in de Vesta-Forschung, nog dieper ingaan. De grote klinische hoogleraar Ferdinand Hoff, die steeds als leermeester door mijn eigen hoogleraren prof. Majoor, internist, en prof. Wijers, patholoog-anatoom, werd aangehaald, zag en beschreef reeds de zogenaamde 'Vegetative Gesamt Umschaltung' (de omschakelingen die plaatsvinden in de computer van het totale vegetatieve systeem in het lichaam) als de uitdrukking van een gezonde of ziekelijke prikkelbeantwoording van een organisme. Hij liet de uitkomsten zien van prikkelingen van bepaalde vegetatieve stelsels van bepaalde organen of orgaansystemen en tevens de daarbij veranderende waarden van bloedmineralen en andere stoffen. Alleen kende hij indertijd nog niet het organische substraat, het gemeenschappelijke werkingsveld van al die regulatiesystemen. Dit nu werd vervolgens door Pischinger gevonden in het vegetatieve grondstelsel, in het BBRS. Zo werd door de fantastische fundamentele onderzoeken van Pischinger niet alleen de oeroude humoraalpathologie in de huidige klinische geneeskunde en in de wereld van het fundamentele en effectiviteitsonderzoek van diezelfde geneeskunde teruggehaald, maar werd ook met behulp van dit model het cybernetische werkmodel van het vegetatief zenuwstelsel ermee en erin verbonden. Pischinger heeft de principes van de 'ganzheits-biologische-regulaties met behulp van de methodiek van de analytische wetenschap bewezen en daardoor is hij in de ogen van velen, maar zeker in die van mijzelf, een groot man.

Misschien ten overvloede wil ik op dit punt toch nog even de diverse bestanddelen van het grondstelsel zelf de revue laten passeren. Ik doe dat, omdat er in de voorgaande tekst misschien wat moeilijke woorden zijn gebruikt, dit ten gerieve van geïnteresseerde collegae en wetenschappers. Pischinger is vanuit zijn histologisch embryologisch instituut te Wenen zijn studies begonnen met bestudering van het bindweefsel, want vol-

gens hem was dat bindweefsel - en vooral dat losse bindweefsel dat lag in het extracellulaire vocht - veel meer dan alleen maar gewoon steunweefsel.

Hij maakte duidelijk onderscheid tussen:

1. *het straffe of vaste bindweefsel*, zoals we dit in ons lichaam bijvoorbeeld vinden aan pezen of fascies (de vliezen rond spiergroepen etc.), sclera (harde oogvlies), en bijvoorbeeld ook de dura mater (het harde bindweefselvlies rond het hersenvocht);
2. *het weke bindweefsel* zoals we dit in het embryonale mesenchym en in alle celrijke weefsels, en zo dus ook in alle organen, terugvinden.

In dit weke bindweefsel overwegen het celbestand en de extracellulaire vloeistof. De vezelmasse is hier zeer sterk gereduceerd en kan zelfs geheel ontbreken. Dit celrijke losmazige bindweefsel noemt hij 'het grondweefsel'. Ik zal zoals gezegd nog eens achtereenvolgens de verschillende componenten van de histologische opbouw van het grondweefsel de revue laten passeren:

1. *Cellen*: dit zijn de fibroblasten en hun differentiëeringsvormen (de cellen die in verdere ontwikkeling uit die fibroblasten zijn ontstaan), zoals histiocyten, macrofagen, lymfocyten, plasmocyten en mestcellen. Hun functie is zowel a-specifiek als specifiek. Het laatste voornamelijk in immunobiologisch opzicht, het eerste voornamelijk voor wat betreft de grondregulaties in ons lichaam en de algemene afweer dienende.

2. *Extracellulaire vloeistof*: het levensnoodzakelijke medium voor de cellen.

1 en 2 te zamen vormen het *celmilieu* volgens Pischinger. Het regelprincipe in dit celmilieu omvat de functie van het in optimaal evenwicht houden van de harmonische betrekkingen tussen cellen en extracellulaire vloeistof.

Het verzorgt dus het zogenaamde homeostatische principe.

3. *Capillairen en lymfewegen* beïnvloeden via de permeabiliteit (doorlaatbaarheid) van hun (bloed)vatwanden de samenstelling van het extracellulaire milieu.

4. Het zenuwvlechtwerk aan het uiteinde van het vegetatieve zenuwstelsel vormt de zogenaamde *vegetatieve nerveuze perife-*

rie. Dit is een wijdmazig, ruimtelijk netwerk van mergloze zenuwen. Een onderscheid maken tussen ortho- en parasympathische autonome zenuwvezels is onmogelijk. Klassieke, directe synapsen, zoals overal elders tussen de zenuwcellen in ons lichaam, ontbreken hier. Al deze kleine zenuwuiteinden eindigen vrij in het extracellulaire vocht. Ditzelfde lichaamsweefsel is overal in de huidpapillen, in de slijmvliezen van de spijsverteringskanalen, in het urogenitaal stelsel, in de Haverse kanalen van onze botten, in het alveolair weefsel van onze longen, in het tracheaslijmvlies, in het peritoneum, mesenterium en ook in de scheden rond de bloedvaten alsook als interstitium (tussenweefsel) in alle organen aanwezig. De verschillende vormen hiervan zijn dus op deze manier *over het hele lichaam* verspreid en staan *rechtstreeks* met elkaar en *onrechtstreeks* langs de scheden van de bloedvaten en van de zenuwomhulsels in trofische (voedende, de stofwisseling onderhoudende) en functionele verbinding. Ook *onrechtstreeks*, namelijk langs bloed- en lymfebanen en hun vegetatief verzorgende zenuwstelsel, waarvan de verbindingen en banen vervolgens ook opklimmen tot in de hersenstam, formatie reticularis (controle van het autonome zenuwstelsel) en zo zelfs tot in de cortex cerebri (hersenschors), is dus via deze verbinding binnen het BBRs regulatie mogelijk.

Ik wil ook nog een woordje wijden aan de functie van deze elementen van het BBRs.

1. *De cellen*: deze verzorgen de biosynthese en het regulatiemetabolisme van de mucopolysachariden (een zeer belangrijke soort suikerverbindingen, proteïnen (eiwitten) en lipoïden (vetstoffen)). De elektronenmicroscopische vondsten van de *proteo-glycaanstructuur* (eiwit-suiker-structuur) in het grondstelsel zijn de laatste jaren de allernieuwste onderbouwing geworden van het BBRs-concept. In de reguliere geneeskunde verricht men hier veel onderzoek naar. De universiteit van Utrecht neemt hierbij een belangrijke plaats in. Een van de meest gevorderden is *prof. dr. H. Heine*, als anatoom verbonden aan de zeer moderne nieuwe universiteit van Witten/Herdecke (BRD), zo dicht aan onze Nederlandse grens gelegen. Wij hebben veel contact met hem en komen op zijn werk nog

wel terug. Thans zullen we eerst iets meer over de *cellulaire* elementen van het grondstelsel moeten vertellen. Deze cellen regelen op een zeer eigen wijze het milieu en de homeostase, en ze beïnvloeden alle parameters hiervan, zoals bijvoorbeeld de concentratie van de ionen, elektrolyten, redoxpotentiaal, temperatuur, al met al dus de meest vitale onderdelen van het BBRS.

We zien dat zich hier de basisfuncties van het vegetatieve leven afspelen.

Zoals boven reeds gezegd: wanneer bijvoorbeeld bij een proef de pH-waarde (=zuurgraad) van dit milieu kunstmatig wordt veranderd, bijvoorbeeld van pH 6,5 naar 8, dan komt er onmiddellijk antwoord van de bindweefselcellen van het grondstelsel die door cytolyse en door het vrijmaken van bepaalde stoffen de pH weer instellen op die waarde, waarbij alle functies fysiologisch kunnen verlopen.

Overigens is het goed op deze plaats nog eens iets te zeggen over *het begrip pH*. Het is opvallend, dat men in de geneeskunde nogal eens begrippen gebruikt, waarvan men als het ware niet meer helemaal exact weet, wat deze in concreto in de praktijk te betekenen hebben. pH (zuurgraad) is nu zo'n begrip, dat men niet alleen als puur scheikundig begrip moet weten te duiden, doch waar we eveneens de biologische betekenis in de meest ruime zin van moeten begrijpen. Dit geldt zeker nu begrippen zoals 'zure regen' door iedereen bijna dagelijks worden gebruikt. Net als in de natuur buiten ons heeft in de mens zelf, in zijn lichaam en in zijn BBRS, een ongezond makende *verzuring* plaats. En verzuring betekent, dat er een bepaald hoog gehalte aan positieve waterstofionen (H⁺-ionen, dit zijn in feite naakte protonen) aanwezig is. Om H⁺-ionen te neutraliseren hebben we negatief geladen ionen nodig. pH heeft dus met lading, met fysica te maken: stoorveld en gestoord BBRS ook.

Waar het op aan komt - en dat wil ik eigenlijk hier tussendoor even proberen duidelijk te maken - is dat de zuurgraad net als de redoxpotentiaal van het weefsel eigenlijk iets zegt over de veldwerking, in dit geval van een stuk lichaamsweefsel of een lichaamsvocht. Via pH- en redoxpotentiaal, begrippen die in de reguliere geneeskunde bekend zijn, hebben we ineens aan-

sluiting met de geavanceerde additieve/alternatieve geneeswijzen van de moderne tijd, die eveneens met behulp van elektriciteitsleer en magnetisme leer bekeken kunnen worden.

De corrigerende reacties van deze fibroblasten en aanverwante bindweefselcellen zijn altijd van hetzelfde type, dus a-specifiek, en zijn zo een antwoord op prikkels van zeer uiteenlopende afkomst, bijvoorbeeld infectie, toxinen, zuurstoftekort, stralingsinwerking, vermoeienis, vreemde cellen, mechanische druk, bloeddrukverhoging, weerstandsveranderingen, allergie, warmte, tussenhersensprikkeling, medicamenten, psychi-
2. *De extracellulaire vloeistof*: het levensnoodzakelijke milieu voor alle cellen en voor de humorale componenten. Werkt vooral ten aanzien van de elektrolyten (stoffen die elektrische stroom geleiden) en de hoog onverzadigde vetzuren, die sterk gevoelig zijn wat betreft oppervlakte en redoxpotentiaal. Analoge substanties uit het bloed staan vervolgens met dit BBRS in permanente uitwisseling, afhankelijk van de permeabiliteitsdruk (doorlaatbaarheidsdruk) der capillairen (haarvaten van de bloedvaten) en lymfevaten.

Zoals boven reeds gezegd bedraagt 'dit innerlijke circulatiesysteem volgens Eppinger' ongeveer 15-18 liter vloeistof, zijnde drie maal de hoeveelheid bloedvloeistof. De term circulatie is niet goed als u de functie ervan zou vergelijken met de bloedverplaatsing.

In dit vrijwel stilstaande systeem vindt evenwel een ononderbroken uitwisseling plaats:

Panta Rhei ('Alles wat leeft is steeds in beweging').

De effecten van de uitwisseling tussen het grondstelsel en het bloed kunnen door de zogenaamde arterio-veneuze-anastomosen gestuurd worden. Deze laatste moeilijke term houdt in, dat er verbindingsstukken zijn tussen de eindbloedvatjes aan de arteriële kant en die van de veneuze kant. Dit verbindingsstuk (een soort kortsluitingsbloedvat) bepaalt nu de effectieve bloeddorstrooming in de periferie, en de doorsnede van de passage door dit stuk staat onder invloed van de regulatie van het BBRS.

De stand van zaken hier kan gemakkelijk worden gemeten, wij

kunnen dan veel te weten komen over het eventuele bestaan van een stoorveld in dit bepaalde segment (zie meetmethoden BBRS).

Ik wil er nogmaals op wijzen dat ik zojuist het woord 'circulatie' bij het woord extracellulaire-circulatiesysteem van Eppinger tussen haakjes heb gezet. Dat doe ik vooral om u erop te wijzen, dat *circulatie*, die er natuurlijk wel is, als begripsuitdrukking storend kan werken op het *informatieve aspect* van het grondstelsel, waar ik de nadruk op wil leggen. Dat is nu het nieuwe paradigma, zou dr. Verbrugh van de Rotterdamse Erasmusuniversiteit zeggen, ook hij hamert hier mijns inziens zeer terecht steeds op.

3. *Capillairen en lymfebanen*: zie hiervoor; hier is geen extra toelichting voor nodig.

4. *De vegetatief nerveuze periferie*: zie hiertoe ook nog het schema van Jabonero. Dit distale, fijnmazige netwerk bestaat uit mergloze zenuwtjes van dezelfde bouwsoort als elders in het vegetatieve zenuwstelsel. De zenuwcellen van waaruit de efferente (afvoerende) zenuwen van het terminale eindvlechtwerk uitgaan, zijn volgens Jabonero van het type Dogiel II - ook weer de naam van zo'n patholoog-anatoom - en er is dan anatomisch geen onderscheid meer te maken tussen sympathicus en Parasympathicus. De eindformatie wordt nerveus verzorgd alleen door losse uiteinden van de zenuwtjes.

De vraag dringt zich hier dan ook op: waar en hoe geschiedt de verdere geleiding van de zenuwprikkel naar de orgaancellen toe? Die verdere geleiding geschiedt alleen via het extracellulaire vocht, hier zijn dus nergens synapsen tussen die zenuwuitlopertjes en de orgaancellen. Het is vanzelfsprekend, dat vanuit die periferie ook *afferente* (naartoe voerende) zenuwbanen, naar ruggemerg en hersenen moeten gaan. Een deel van de zenuwdraadjes in dit vlechtwerk in het grondstelsel moet dus afferenten zijn. Met de ontdekking van de natuur van de uniforme eindplexus doken enkele moeilijkheden op, bijvoorbeeld de vraag hoe twee tegengestelde prikkels, dat wil zeggen een ortho- en een parasympathische prikkel, over een elektronmicroscopisch geziene uniform voorkomende structuur, verder geleid worden en hoe deze prikkels medegedeeld kunnen worden aan de niet nerveuze effectorcellen (de cellen waar

de werking van de zenuw tot uiting komt) en orgaancellen. Tot nu toe is er, zoals gezegd, geen enkel bewijs voor een dubbele zenuwvoorziening van de grondplexus, zodat de activiteit van de nerveuze eindformatie waarschijnlijk beperkt blijft tot afgifte van de verschillende werk- en transmitterstoffen. Men denkt aan perifere NEUROSECRETIES, waardoor zich dan vervolgens de chemische veranderingen onder andere in het grondweefsel kunnen voltrekken. De anatomische eenheid der eindformatie wijst waarschijnlijk ook op een uniforme mediaatstof, in dit geval namelijk op een adrenalinesubstantie. Tevens denkt men echter, dat in de weefsels, respectievelijk in de effectorcellen, modificerende factoren aanwezig zijn, die dit adrenaline afbreken.

We hebben hier dus een complex werksysteem, een synergistisch (elkaar versterkend) systeem van bovengenoemde vier onderdelen, welke alle vier benodigd zijn voor de instandhouding van het leven. Hier ligt zoals u nu begrijpen kunt de basis voor een eventueel neuraaltherapeutisch stoorveld, en natuurlijk ook voor een neuraaltherapeutische behandeling, die het gestoorde 'veld' van dit complexe werksysteem weer kan normaliseren en optimaliseren.

Het netwerk van multipolymere suiker-proteïne-complexen in de grondsubstantie (prof. Heine)

Prof. dr. Heine, verbonden aan het Anatomisch Instituut van de Universiteit van Witten/Herdecke in de buurt van Dortmund, moet genoemd worden als een van de belangrijkste opvolgers van prof. Pischinger.

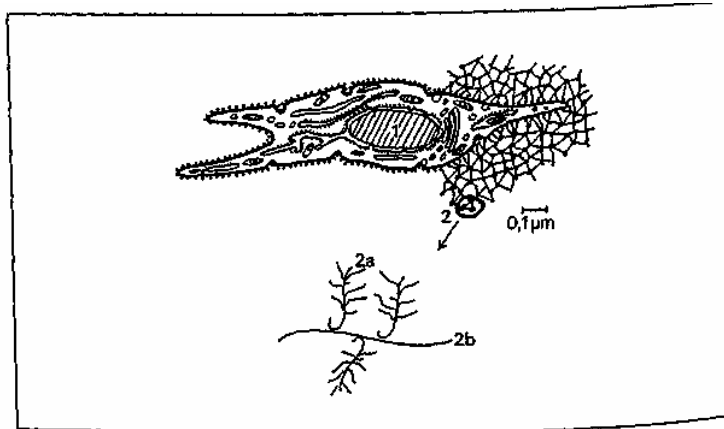
Dit laatste komt niet uit mijn eigen mond, ik neem het over van dr. med. G. Drackzynski, de voorzitter van de DAH (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Regulationsforschung), die zelf een leerling van prof. Pischinger is geweest. Trouwens, prof. Heine is zelf de laatste jaren ook verbonden aan de DAH en hij heeft meerdere belangrijke voorzitterschappen in de Duitse Volksgezondheidsraad.

Prof. Heine heeft zich de laatste jaren (vanaf 1985) zeer inten-

sief bezig gehouden met de water-suiker-eiwitten-biopolymeren van de grondsubstantie. Zeer belangrijk is, dat hij bij alle chronische ziekten en ook bij alle tumoren in de pathologische anatomie steeds heeft gezien, dat er veranderingen optreden in het patroon van de proteo-glycanen (eiwit-suiker-moleculen) van de grondsubstantie. Deze veranderingen lopen meestal parallel met veranderde en niet reguleerbare redoxpotentialen. Dit is weer een nieuw en belangrijk bewijs voor het belang van het BBRS-systeem.

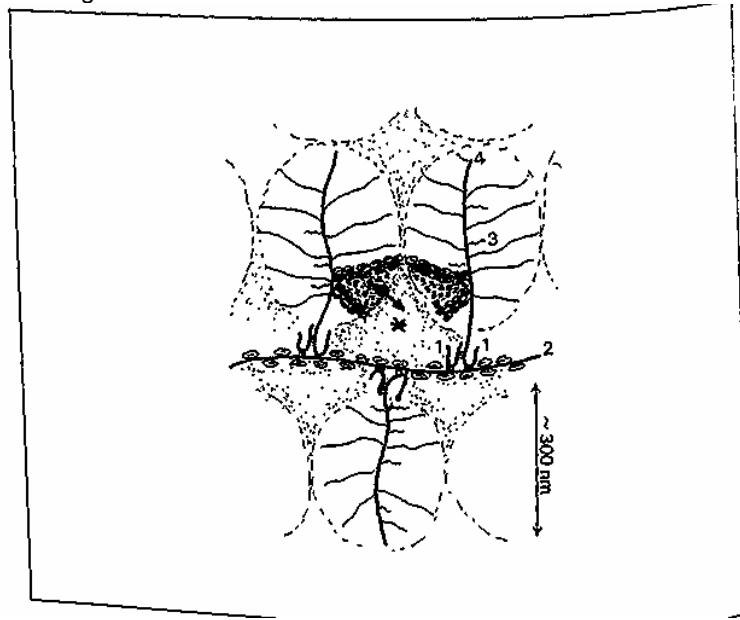
Proteo-glycanen vertonen zich in de gehele grondsubstantie als een aaneengesloten netwerk. In tekening 1 ziet u een fibrocyt (1) die deze grondsubstantie synthetiseert. Het netwerkvormige proteo-glycaanpatroon (2) is op deze tekening iets vergroot. U ziet, dat de proteo-glycanen (eiwit-suiker-moleculen) (2a) in de grondsubstantie aan het hyaluronzuur (2b) gebonden zijn.

Tekening 2 geeft een vergrote weergave van het bovenstaande, we zien hoe bepaalde bindingsproteïnen (linkproteïnen 1) de proteo-glycaan-moleculen aan het hyaluronzuur (2) koppelen. Dit laatste ligt op grond van zijn negatieve lading gestrekt. Hetzelfde geldt voor de polysacharideketens (3), die op hun beurt gestrekt vanaf de proteïne-ruggegraat (4) afstaan. De gestreepte lijntjes geven het 'domein' van een proteo-glycaan-molecuul aan. De dubbele pijl wijst op het vloeibaar kristalijne gebonden water daar ter plekke en op de ionenuitwisselbaarheid tussen de polysacharideketens. Het is ook belangrijk dat die proteo-glycanen als een celsuikeroppervlaktefilm (glycocalyx) om de cellen en om de bloedvaten en om alle andere weefselementen gelegen zijn en zich eveneens als het ware vanaf die glycocalyxplaats intracellulair uitstrekken. Prof. Heine (1985) stelt dat deze biopolymeren van water-suiker-eiwitcomplexen de *oudste informatiesystemen* zijn van de zuurstofademende een- en meercellige organismen. De vochtsamenstelling van het weefselwater is analoog aan het zeewater. Iso-ionie, iso-osmie en iso-tonie van de grondsubstantie worden op deze manier bepaald door deze samenstelling van de eiwit-suikerpolymeren (Hauss en anderen 1968). Hiermede wordt een biopotential voor het leven gegarandeerd en opgebouwd die als redoxpotentiaal te meten is. Dit redoxsysteem is



Tekening 1

Tekening 2



voortreffelijk in staat, door afgifte en opname van elektronen, iedere informatie die de grondsubstantie bereikt op te slaan, verder te leiden en te verwerken. Bovendien is dit systeem energetisch open en is het in toestand van gezond zijn in staat alle belastende energieën, die ook vanuit radicaalreacties ontstaan, te neutraliseren.

Samenvattend: *het* BBRS, het concept van onze Utrechtse wetenschappers (dr. van Wijk c.s.), een vervolg op en uitbreiding van het *grondsysteem van Pischinger*, en ook de uitbouw van *Heine* (zie boven), is opgebouwd uit drie hoofdcomponenten:

- de cellulaire component - het losse bindweefsel;
- de humorale/hormonale component - bloed- en lymfepilairen;
- de neurale component - de vegetatieve zenuwuiteinden.

Het BBRS is een holistisch regulatiesysteem in het menselijk lichaam. Via dit systeem kunnen *alle* cellen in ons lichaam een onderlinge interactie aangaan en via dit systeem kan het organisme afgestemd worden op de omstandigheden waaronder het leeft. Kortom, dit BBRS maakt het mogelijk dat de veelheid aan lichaamselementen zich manifesteert als een *geheel*. Om adequaat op zowel de endogene prikkels als op prikkels uit de omgevingswereld te kunnen reageren, beschikt het BBRS over een tweetal regulatiesystemen: een *humoraal* en een *neuraal regulatiesysteem*. Deze twee bepalen voor een belangrijk deel het gedrag van het BBRS en het is dan ook via deze beide regulatiesystemen dat het BBRS a-specifiek en zeer specifiek beïnvloed kan worden.

Bij de neurale regulatie, op haar beurt, spelen twee subsystemen een rol. Het zogenaamde hypothalamo-reticulaire systeem is betrokken bij de humorale regulatie en speelt een rol wanneer een niet-somatisch stoorveld aanwezig is. Het cortico-thalamussysteem speelt een rol bij het bepalen van het evenwicht tussen het centrale deel van het lichaam en nauwkeurig gelokaliseerde perifere delen van het lichaam. Belangrijk is ook de vaststelling dat de hypothalamus een centrale rol vervult bij het op elkaar afstemmen van psyche en lichaam. Langs onder andere deze weg kunnen ook *psychologische factoren* het BBRS beïnvloeden.

Met betrekking tot de *aard* van de invloeden kan het volgende worden gezegd. Een uitgebreide interactie *binnen* het lichaam en een wisselwerking *tussen* organisme en zijn omgeving vinden plaats op ten minste twee niveaus:

1. op moleculair-cellulair niveau
2. op het niveau van elektromagnetische straling.

Tot nu toe werd in de wetenschap, met name in de biologie, bijna uitsluitend aandacht besteed aan het eerste, materiële niveau. Recente onderzoeken wijzen echter duidelijk in de richting van een belangrijke, zelfs essentiële rol van natuurlijke elektromagnetische straling voor het biologisch evolueren en het in stand houden van het leven. Tot deze laatste categorie behoort ook het werk van dr. F. Popp en medewerkers aangaande de functie van de *biofotonen*.

Ten slotte kunnen we nog opmerken dat een mogelijk derde interactieniveau verloopt via *geluidsgolven*. Door middel van geluidsgolven vindt een fundamentele informatieoverdracht plaats. Deze nieuwe, baanbrekende theorie komt voort uit het onderzoek van de Vesta-Forschung. In een ander hoofdstuk van dit boek en in een volgend boek komen we hier nog op terug.

Al meerdere malen is gezegd dat de toestand van het BBRS *objectief* te meten is. Op dit moment zijn de belangrijkste *meetmethoden*:

- bio-elektronica volgens Vincent (BEV);
- de leucocytestest volgens Pischinger en Kellner;
- de Fiche Reticulo-Endotheliale Differentielle volgens Vernes-Augusti (de FRED);
- bio-elektronische metingen:
 - elektrohuidtest
 - thermoregulatiediagnose (dr. Schwamm)
 - impulsdermografie/segmentelektrografie (SEG)
 - elektro-acupunctuur volgens Voll (EAV) en de hiervan afgeleide biologische Funktionsdiagnostik (B.F.D.) en de Vegatestmethode.

Een meer uitgebreide beschrijving van deze nieuwe methoden en de daarbij gebruikte apparatuur krijgt u elders.

3. De werking van de neuraaltherapie

Didactisch gezien kan men de neuraaltherapie in twee delen onderscheiden, de segmenttherapie en de stoorveldtherapie. Achtereenvolgens zal ik de gedachten en de wetenschapsmodellen, die aan de beide onderdelen ten grondslag liggen, bespreken.

a. De segmenttherapie

Het al oudere regulatiemodel van de segmenttherapie is gebaseerd op de voorstelling dat elke inwendige stoornis zich manifesteert aan de oppervlakte van het lichaam. Elk inwendig orgaan correspondeert namelijk met lichaamsgedeelten, die meer aan de oppervlakte liggen, door middel van een gemeenschappelijke zenuwvoorziening. Zo geven pijnklachten bij een blindedarmonsteking bijvoorbeeld reflectorisch stoornissen op bepaalde punten op de buikhuid (zgn. punt van Mc Burney), en pijnklachten van een galblaasontsteking reflectorisch stoornissen in bepaalde zones op de huid. Deze huidzones worden de zones van Head en Mackenzie genoemd. (Zie figuren 8 en 9.)

We zien of voelen dan aan huid, bindweefsel, spieren of periost (=beenvlees) veranderingen, zoals veranderingen van kleur, vochtigheid, elasticiteit, spierverspellingen en verhardingen en ook constateren we bij fijne palpatie dikwijls periost- en botafwijkingen. Deze stoornissen komen dan tot uiting door huid- en spierpijnen, spasmen en verandering van de doorbloeding. Zoals boven reeds verteld, geven de secundair in de periferie ontstane pijnen vervolgens weer een werking in negatieve zin op het inwendige orgaanlijden en zo ontstaat een circulus vitiosus (duivelskringloop), die reflectorisch steeds in toenemende mate stoorimpulsen mogelijk maakt.

De beoefenaar van de neuraaltherapie onderbreekt volgens de

visie van het bovengenoemde regulatiemodel nu deze circulus vitiosus door een injectie met een lokaalanestheticum in de huid, het bindweefsel, de spieren, het periost, maar ook in de buurt van de verzorgende zenuwen of zenuwknopen (ganglia) van desbetreffende segmenten.

De grenzen van zo'n segment liggen individueel eigenlijk nooit exact vast en dat levert nog wel eens moeilijkheden op. Daar komt nog bij dat de segmentindelingen van de verschillende auteurs in de regel sterk van elkaar verschillen. De een komt tot een segmentale indeling op basis van onderzoek naar sensibiteit (fijne gevoeligheid), de ander neemt de pijngevoeligheid als maat etc., en zo zien we dat dit nog wel eens verschilt. Overigens is het opvallend, dat er ook een reflexzone-indeling is, die uitgaat van de gezamenlijke bloedvoorziening en die ook heel anders is dan die uitgaande van hetzelfde neurotoom, dat wil zeggen hetzelfde stuk van het ruggemerg. De exacte begrenzingen zijn overigens in *de praktijk* niet zo belangrijk, daar segmenten elkaar steeds overlappen, en daar de meeste organen bovendien steeds in meerdere segmenten gelegen zijn. Zoals ik reeds eerder heb verteld kunnen we, met dr. Bergsmann, stellen dat, aangezien in het algemeen de segmentreacties steeds *aan een kant* van het lichaam optreden, de reflexogene stoornis aan de oppervlakte ook steeds *aan dezelfde kant* als het aangedane inwendige orgaan te vinden zal zijn. Soms, maar dat is dan bij zeer langdurige pijn toestanden, zijn er tevens nog segmentreacties aan de andere kant dan waar het inwendige orgaan ligt.

Dit model van de circulus vitiosus van de pijn en van de cutoviscerale verbindingen (de verbindingen van het zenuwnetwerk, die er bestaan tussen de huid en de inwendige organen) kan inmiddels worden onderbouwd met nieuwe, modernere inzichten omtrent de werking van de neuraletherapeutische regulatieprik. Reeds vele jaren heb ik mijzelf ook hiermede theoretisch beziggehouden en samen met bevriende wetenschappers heb ik aanvang 1986 op het Jaarlijkse DAH-congres (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung) te Bad Nauheim een totaal nieuwe voorstelling van zaken kunnen geven. Verderop, als ik spreek over een nieuwere verklaring van de werking van de neuraletherapie, zal ik hier iets dieper op ingaan.

b. Stoorveldbehandeling

In het algemeen kan men stellen dat, wanneer bij de behandeling van een ziekte de behandeling met segmenttherapie niet lukt, men moet concluderen, dat de ziekte niet, of niet meer in haar segment aanwezig is. Men moet dan denken aan een stoornis op een afstand van het aangedane lichaamsdeel, dat wil zeggen in een stoorveld, dat gelegen is buiten het bijbehorende segment. Hiermee zijn we dan eigenlijk meteen gekomen bij het didactisch belangrijke tweede gedeelte van de neuraaltherapie, namelijk de storende focus als ziekteoorzaak. Als stoorvelden kunnen in aanmerking komen: dode en ontstoken tanden, ziekten van het tandbeen, amandelen, littekens, ook wanneer daar uiterlijk niets aan te zien is, maar bijvoorbeeld ook voorbijge of niet opgemerkte ziekten van lever, prostaat, eierstokken, baarmoeder, etc.

Zoals ook in het vervolg op dit boek door Mark Bottu en Peter Janssen wordt beschreven beschikt men tegenwoordig over verschillende technieken om dergelijke stoorvelden op te sporen. Dit gebeurt bijvoorbeeld met: thermografie, elektrohuidtest, decoder-dermogram, etc. Ook niet-instrumenteel, met bijvoorbeeld de polstechniek van Nogier, kunnen stoorvelden worden opgespoord. Uiteraard kunnen ook röntgenologische opnamen soms informatie geven over de aanwezigheid van stoorvelden in het kaak-mondgebied. Een negatieve röntgeninformatie wil echter niet altijd zeggen dat er dan ook werkelijk niets aan de hand is. Bovendien moet ik stellen, dat een injectie in de regel niet voldoende is om een dergelijk kaak-mondstoorveld uit te schakelen. In vele gevallen moet men verder naast de directe Stoorveldbehandeling ook nog segmenttherapie-injecties geven om uiteindelijk de stoorveldwerking te elimineren. Ook hierover wil ik verderop nog wel iets zeggen, omdat dit laatste eveneens verklaard wordt met nieuwe theoretische inzichten van de laatste jaren en omdat deze nieuwe praktische en theoretische inzichten, die zeer nuttig zijn voor de neuraaltherapeutische praktijk, nog niet in de laatste (14e druk!) uitgave van het officiële leerboek der neuraaltherapie zijn opgenomen.

Het secondenfenomeen, nog steeds een unieke ervaring voor

elke neuraaltherapeut, lijkt in zijn algemeenheid weliswaar steeds minder voor te komen, maar ikzelf zie deze niet te missen werkelijkheid nog zeer vaak als ik nieuwe patiënten in mijn praktijk te behandelen krijg. Het feit van het minder voorkomen van secondenfenomenen lijkt te wijten aan enerzijds het steeds meer voorkomen van uitgebreide blokkades ten gevolge van geneesmiddelenmisbruik, vooral antibiotica, psycho-farmaca, cortico-steroïden en dergelijke, en anderzijds aan het eveneens steeds meer voorkomen van verschillende cumulatief werkende stoornissen. Over dit onderwerp heb ik binnen de Internationale Vereniging voor Neuraaltherapie enige jaren geleden ook gepubliceerd, in dit boek zal ik enkele recente voorbeelden geven.

Dr. F. Perger, internist uit Wenen - de oudste nog levende medewerker van het Weense team - en sinds enkele jaren voorzitter van de Wetenschappelijke Raad van de Internationale Neuraaltherapeutische Vereniging, heeft ons duidelijk gemaakt hoe een samenspel van milieubelastende factoren aanleiding tot een verminderd optreden van secondenfenomenen.

(ACUPUNCTUUR)

NEURAALTHERAPIE
(Procaine)

CHEMOTHERAPIE
MILIEUBELASTING
(o.a. ZWARE METALEN)
TEKORTEN (Vit., Metalen)
enzymen

BASIS-BIO-REGULATIESYSTEEM
BLOEDVATEN-ZENUWSYSTEEM
IMMUUNSYSTEEM

Zoals in het schema is weergegeven leiden acupunctuur (door het Stich-Phanomen volgens Kellner) en vooral neuraaltherapie, ten gevolge van de procaïne-injectie door een repolarisatie van de celmembranen een energetisch herstel van het actieve bindweefsel en van daaruit een herstel van het immuunsysteem in. Perger toont nu aan hoe een samenspel van chemotherapeutica, milieubelasting - waarbij ook de zware metalen te rekenen zijn - en een tekort aan vitaminen en mineralen een dub-

bele inhiberende en versturende invloed op dit regulatieproces uitoefent.

1. Een verstoring van de grondfuncties in het basisbioregulatiesysteem leidt tot een oneconomisch gebruik van de energie, waardoor de activering van de verschillende afweefasen te kort schiet.

2. Toxinen gaan daarenboven als enzymantagonisten werken, waardoor ze zich competitief opstellen ten overstaan van normaal fysiologische co-enzymen zoals ijzer, koper, zink, mangaan, enz. Hierdoor wordt de enzymactiviteit geblokkeerd. Wij hebben eerder reeds duidelijk gemaakt dat de neurale therapie (procaïne) de membraanpotentialen gaat repolariseren en als zodanig een bescherming voor de orgaancellen vormt, waarbij toxinen kunnen worden afgebroken. De neurale therapie is echter niet in staat de toxinen onschadelijk te maken die de specifieke humorale en cellulaire immunoprocessen inhiberen. Hiervoor zijn een specifieke ontgiftende behandeling en een omstemming nodig, zoals nader in het boek *Natuurgeneeswijzen en celtherapie* door Mark Bottu zal worden beschreven. Het wordt dus duidelijk dat door het inbrengen van procaïne, of door het Stich-Phänomen, in aanwezigheid van de eerder vermelde milieubelastingen eventueel wel de blokkering van het grondstelsel tijdelijk kan worden opgeheven, maar dat dit de volgende stap in het herstel van de immunitaire functie niet kan plaatsvinden.

Perger besluit dan ook zijn voordracht: 'Umweltbedingte Therapieversager', die hij op 12 september 1987 in Freudenstadt voor het Zentralverband der Ärzte für Naturheilerfahren gaf: 'Uit de opgesomde oorzaken volgt dat het momenteel niet meer volstaat slechts een enkele regulatietherapie toe te passen, zo verslechterd, dat een normalisering van de lichaamsfuncties, en in het bijzonder van de afweersystemen, zich niet meer vanuit een aanvalshoek laat doorvoeren. Daarvoor zijn de storingen van de verschillende regelsystemen te talrijk en meestal op verschillende gebieden te vinden.' Het komt soms onwaarschijnlijk over, maar sommige artsen vinden het verdacht, dat men met een geneesmiddel (een lo-

kaalanestheticum) veel verschillende ziekten kan behandelen, Men vergeet daarbij echter, dat het hier eigenlijk helemaal niet om een geneesmiddel als zodanig gaat, maar om een geneesmethode en om het effect van dit middel op de herstelmechanismen in ons lichaam. Daarom is de plaats van de injectie zo belangrijk. De neuraaltherapeut tracht het vermogen tot herstel daar op te wekken, waar de ziekte ontstaat en in het grondstelsel en in het vegetatieve zenuwstelsel wordt onderhouden. De neuraaltherapeutische prik lokt een biologische kettingreactie uit, die reflexmatig via het vegetatieve zenuwstelsel en het BARS verloopt. Het fenomeen is herhaalbaar en kan bij de meest verschillende ziekte toestanden in het bereik van nagenoeg alle organen en orgaan systemen tevoorschijn worden geroepen. Volgens Huneke kan elke chronische ziekte worden veroorzaakt door een stoornis, soms op grote afstand van de aandoening. Het stoornisveld of de haard als ziekteveroorzakende factor bij chronische ziekten is overigens helemaal niet nieuw, en ook eigenlijk niet een eigen idee van de gebroeders Huneke. Zoals ik eerder reeds vertelde, waren de Hunekes echter op grond van hun ervaringen van mening, dat het storende effect in hoofdzaak uiteindelijk causaal verband hield met het zenuwstelsel, met name met het autonome zenuwstelsel en niet met werking via de bloedbaan. Het bliksemsnelle herstel van de aandoeningen na behandeling met een kleine hoeveelheid van een lokaalanestheticum in een stoornisveld (en vaak op grote afstand van de aandoening) kon zodoende alleen verklaard worden door een werking van het zenuwstelsel. Want alleen via dit elektrische geleidingssysteem was deze secondensnelle reactie in Hunekes tijd - en trouwens ook nu nog - begrijpelijk, zowel voor ons artsen als voor onze patiënten. Uit onderzoek is gebleken, dat normale en ook pathologische impulsen steeds worden verwerkt door het neurovegetatieve zenuwstelsel. Dat hebben we al gezien bij Ricker en Speransky. Met de uitbreiding die Pischinger aan het neurovegetatieve stelsel, zoals wij dat vanuit de anatomie en de fysiologie in de hedendaagse geneeskunde nog veelal kennen, heeft gegeven, kan men zeggen dat dit nieuwe, uitgebreide neurovegetatieve stelsel in de zin van Pischinger bestaat uit alle neurale, humorale, hormonale en cellulaire regulatiemechanismen in hun on-

derlinge samenwerking.

Het totale neurovegetatieve zenuwstelsel onderhoudt de verbinding en de informatie-uitwisseling tussen alle cellen in het lichaam. Via het neurovegetatieve zenuwstelsel verlopen zo ook alle processen van gezondheid en ziekte. Huneke stelt, dat de pathogene prikkel van een stoorveld een soort irritatiecentrum, als het ware een ontregeling van het neurovegetatief systeem, inhoudt en dat deze ontregeling overal in het lichaam ziekten mogelijk kan maken. Natuurlijk zal de ziekte zich daar het eerst uiten, waar het lichaam zijn zwakste schakel heeft.

Vanuit deze gezichtshoek bekeken kan men dan ook begrijpen, dat deze neuraal gebonden ziekten veelal niet te behandelen zijn met orgaangebonden therapieën. De ontregeling van het vegetatieve systeem blijft dan immers steeds bestaan. Door middel van het secondenfenomeen, dus door inspuiting van het stoorveld met een lokaalanestheticum, kan de stoorzender dikwijls worden opgeheven en kan het pathologisch of functioneel ontregelde neurovegetatieve systeem zich herstellen en zo kan dan de aandoening plotseling ophouden te bestaan. Dr. Peter Dosch heeft indertijd een eigen verklaring omtrent de storende werking van het focus opgesteld. Deze hangt samen met het werkingsmechanisme van de lokaalanesthetica volgens de onderzoekingen van de wetenschappers Fleckenstein en Hardt (1949). Deze wetenschappers toonden aan, dat de lokaalanesthetica stoffen zijn, die in staat zijn de celmembranen te stabiliseren, dat wil zeggen te beschermen tegen depolarisatie (ontlading). Normaal hebben de membranen van de cellen in ons lichaam een bepaalde lading. Deze rustpotentiaal bedraagt bij zenuw- en spiercellen tussen de +40/90 m Volt. Als er nu ziekte of een verkeerde functie van de cellen bestaat, is er steeds sprake van een kleine of grotere depolarisatie: de lading van de cel aan de buitenkant gaat dan bij meting anders uitvallen. Deze zakt dan namelijk langzaam af naar de 0 toe. Ter Plekke van het verstoorde grondstelsel, en met name ter Plekke van een stoorveld zijn indertijd dan ook de eerste metingen met behulp van potentiaalmeting met micro-elektroden door het wetenschapsteam van de Weense universiteit verricht.

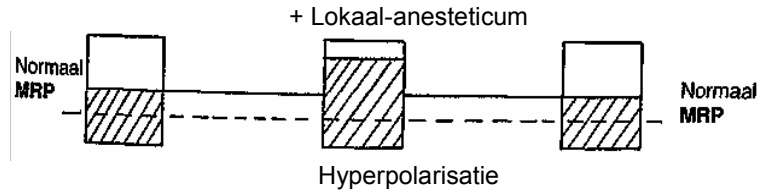
Dat depolarisatie verloopt zoals boven beschreven, is nogal be-

grijpelijk, want uit onze medische opleiding weten we dat, als deze membraan door prikkels wordt getroffen, de sluisen ervan zich als het ware openen. Het kalium stroomt dan van binnen uit de cel naar buiten toe en het natrium gaat van buitenaf naar binnen toe. We zien dan dat de cel, dus ook de membraan van de zenuwcel alsook zijn zenuwgeleidingsvezel, zich om- laadt.

In een stoorveld zijn evenwel niet alleen de zenuwcellen gepolariseerd, maar ook de andere cellen die hier gelegen zijn. Die andere cellen zijn niet alleen de specifieke orgaancellen, maar ook alle andere cellen van het basisbioregulatiesysteem.afhankelijk van de belasting van de pathologische prikkel kunnen bepaalde cellen, of alle cellen binnen het weefsel, zichzelf weer opladen, maar ze kunnen natuurlijk ook in depolarisatie blijven. Ze zijn dan niet meer afgesteld op alle mogelijke fysiologische informatie: men kan ook zeggen dat ze elektrobiologisch uitgeschakeld zijn. Het zijn nu Fleckenstein en Hardt, die indertijd voor het eerst hebben aangetoond, dat de lokaal anesthetica de depolarisatie kunnen voorkomen, en dat ze zelfs als ze eenmaal is ontstaan, die depolarisatie nog ongedaan kunnen maken.

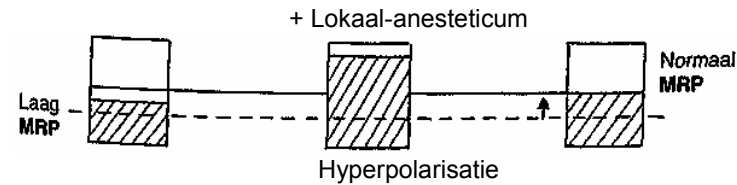
Lokaalanesthetica hebben namelijk een zeer hoge eigen potentiaal van +290 mVolt. Hierdoor wordt het potentiaalverlies van 40-90 mVolt kennelijk niet alleen gecompenseerd, maar zelfs nog overgecompenseerd (zie hiertoe ook het schema). Deze tijdelijke overpolarisatie - en dus ook het tijdelijk niet bereikbaar zijn voor bepaalde prikkels van buiten - is wat men in de galvanische technieken betitelt als een anodeblok. Aangezien in de gangbare geneeskunde in de regel grotere doses lokaalanesthetica worden gebruikt, hetgeen we overigens in de neuraaltherapie nooit doen en behoren te doen, c.q. hoeven te doen, en daarom natuurlijk ook altijd gedurende een bepaalde tijd aanvankelijk een anodeblok wordt bewerkstelligd, is deze laatste benaming indertijd doorgedrongen ter verklaring van de neuraaltherapie. Dit wil zeggen, dat in de reguliere geneeskunde geregeld wordt gesproken van anesthesiebloks en anodebloks. In deze benaming en het gebruik ervan werkingsmechanisme al het gehele essentiële verschil tussen het werkingsmechanisme van de prik met het lokaalanestheticum

Gezonde cel



De gezonde zenuw- en spiercel heeft een stimulus nodig om vanuit het membraan-rust-potentiaal te depolariseren. Door toediening van een lokaal-anestheticum wordt de cel gehyperpolariseerd. Als het anesthetisch effect is uitgewerkt, herstelt de cel zijn oorspronkelijke MRP. Alles is weer zoals het was.

Zieke cel



(MRP = membraan-rust-potentiaal)

De zieke zenuw- en spiercel heeft een lager MRP. Een zwakkere prikkel is voldoende om zieke cel te depolariseren. Bij toediening van een anestheticum wordt de cel opnieuw gehyperpolariseerd, wat ook desensibiliseert.

Maar iets nieuws wordt toegevoegd: het celmetabolisme wordt zodanig geïntensiveerd dat de cel zal proberen al haar afvalproducten en toxines in haar omgeving af te zetten. Als zij hierin slaagt, zal het MRP niet terugkeren naar het oorspronkelijke, lage waarde; de cel wordt gestabiliseerd op een normale waarde.

in de neuraaltherapie en in de reguliere geneeskunde. Die lokaalanesthetische prik wordt in de regel in beide gevallen met een heel ander oogmerk gezet. Bij de behandeling in de gangbare geneeskunde is het de bedoeling plaatselijk verdoving te bewerkstelligen bij een proces dat met pijn gepaard gaat, bijvoorbeeld in verband met een chirurgische ingreep. Je doet dat op een plaats die in de regel gezond en niet neuraal gestoord is, met een grotere dosering aan lokaalanestheticum. In de neuraaltherapie is het echter de bedoeling met behulp van die prik (alleen of met zeer weinig lokaalanaestheticum) een regulatie weer op gang te brengen. Wij blokkeren bij deze laatste ingreep dan ook niet, maar we deblokkeren. We herstellen de zieke zone en we schakelen de zieke zone weer terug in de fysiologische regulatie. Wij behandelen in de neuraalthe-

rapie dus steeds vooraf(neraal) gestoord weefsel, dat op zichzelf een verlaagde celmembraanpotentiaal heeft, waardoor het niet optimaal aangesloten is op de besturing via het zenuwstelsel. Peter Dosch nu heeft deze experimentele kennis van Fleckenstein en Hardt gebruikt ter verklaring van het fenomeen van de werking der neuraaltherapie met behulp van een lokaalanestheticum. Met behulp van bijgaand schema wordt u nog eens alles duidelijk gemaakt. Als wij procaïne gebruiken, is deze stof in de regel binnen de twintig minuten weer afgebroken door onze lichaamseigen enzymen die overal ter plekke in het weefsel zelf aanwezig zijn.

Een lokaalanesthetische werking, zelfs bij grotere doseringen, duurt in het geval van procaïne niet zo lang, ze begint na een half uur al af te nemen als ze dan al niet weg is. Andere lokaalanesthetica hebben een langer aanhoudende lokaalanesthetische werking omdat de afbraak van het geïnjecteerde middel via de lever plaatsvindt. Daarom moet natuurlijk ook de dosering van deze anestetica, zoals het xylocaïne en het lidocaïne, lager zijn dan die van procaïne. Ik moet er wel bij vertellen - dit vooral voor de eventuele praktizerende artsen en tandartsen - dat deze laatste anestetica ook een groter penetratievermogen, dus een groter doordringend vermogen hebben, hetgeen dikwijls nodig is om alle pathologische weefsels ter plekke te kunnen bereiken.

Op deze plaats wil ik nu zelf iets vertellen over nieuwe opvattingen omtrent de werking van de lokaalanesthetica en met name de werking van procaïne, zoals door mijzelf aanvang 1986 op Duitse congressen naar voren is gebracht. Zoals u hiervoor hebt gelezen, wordt vermoed dat de werking van procaïne gelegen is in de repolarisatie en zelfs tijdelijk in de hyperpolarisatie van de celmembraan, aangezien er bij ziekte steeds sprake is van een gedepolariseerde cel

Sinds enige jaren ben ik verbonden aan een zelfstandige wetenschappelijke werkgroep, de Vesta-Forschung geheten. Deze is gevestigd in Haan West-Duitsland bij Dusseldorf. De zienswijze van Peter Dosch, alsook die van Fleckenstein en Hardt heb ik mede met de hulp van deze Vesta-Forschung kunnen onderbouwen met een nieuw en in de ogen van onze werkgroep revo-

lutionair verklaringconcept omtrent de werking van de neuraithherapie. Volgens ons is de werking van het procaïne op de celmembraan, die door P. Dosch en anderen als hoofdwerkingsmechanisme van de neuraithherapie naar voren is geschoven, een secundaire werking en is de werking primair geheel anders.

De primaire werking bestaat volgens ons uit een rechtstreekse werking van het lokaalanestheticum via een fysiek resonantie-effect op het belangrijkste sleutelenzym in de cel, het cytochrom A3. Het zou te ver voeren er nu diepgaand op in te gaan, want dit vereist een verklaring die reikt tot in de dimensie van de quantumfysica.

Evenwel, de theorie en praktijk van veel uitstekende additieve en alternatieve therapievormen, maar ook van veel reguliere therapieën, zullen binnen afzienbare tijd allemaal onderbouwd gaan worden met soortgelijke gegevens vanuit de biofysica. Zoals u inmiddels misschien duidelijk is geworden, is deze laatste verklaring omtrent de werking van de neuraithherapie van een heel andere dimensie en meer uitgebreide orde dan waarover tot nu toe wetenschappelijk werd gesproken. De regulatieprocessen in ons lichaam spelen zich niet af aan de buitenkant van de cel, maar binnenin de cel. Binnen onze Belgisch-Nederlandse neuraaltherapeutische vereniging hebben wij ook hieraan theoretisch gesleuteld. Een intracellulaire verklaring van de neuraaltherapeutische werking, maar dan wel op moleculair biologisch niveau, werd indertijd ook al aangedragen door mijn Belgische collega en vriend, dr. Mark Bottu. Voortbouwend op onder andere onderzoek van prof. Deloof van de universiteit van Leuven brengt hij een hypothese over het intracellulair gebeuren ter hoogte van de cellulaire pool van het basisbioregulatiesysteem naar voren. Hij baseert zich hierbij op de ontdekking dat het merendeel van de cellen in het grondstelsel niet tot het zogenaamde Buidmosaictype, maar wel tot het bipolaire type behoort. Bij fluidmosaiccellen, zoals bijvoorbeeld de rode bloedcellen en de lymfocyten, is de membraan hierbij bestaat er dus geen elektrische gradiënt in de cel. Bij bipolaire cellen daarentegen is er een verschillende membraan-Potentiaal aan de twee zijden van de cel. Dit stemt overeen met

een elektrische flux in de cel. Deze gaat de lading van de proteïnen en hierdoor hun enzymatische activiteit bepalen. Bij een verstoring van het basisbioregulatiesysteem gaat de membraanpotentiaal, en hierdoor de enzymatische activiteit binnen de cel verstoord worden. Er ontstaat opstapeling van toxines, met name van niet-buikbare eindprodukten van de enzymatische reacties. Wanneer nu bij het inbrengen van procaïne op de juiste plaats van het basisbioregulatiesysteem - vermoedelijk door tussenkomst van cytochroom A3 - energietransport binnen de cel plaatsvindt, gaan de enzymatische functies zich herstellen. Hierdoor kunnen de opstapelingsprodukten gedeeltelijk worden afgebroken en dienen zij niet uit de cel geëxcreteerd te worden. In dit laatste geval zouden zij immers een bijkomende belasting voor het basisbioregulatiesysteem vormen. In contacten met de Leuvense zoöloog prof. Arnold Deloof kwam hij tot de conclusie dat de cel beschouwd kan worden als een miniatuur elektro-foresekamer waarbij de celmembraan dan steeds niet overal gelijkmatig van lading is. Deze onderlinge wisselingen in de membraanlading zouden zo de verklaring geven van de interactie tussen het milieu buiten de cel en in de cel. Op deze manier is er een universele basis en wetmatigheid naar voren gekomen, want volgens Deloof is niet de genetische informatie op de chromosomen in de celkern de sleutel tot het begrijpen van onder meer de embryonale ontwikkeling, maar juist de bio-elektriciteit van de celmembranen. Dit membraan is van groot belang voor de uitwisseling tussen de cel en haar milieu en speelt een doorslaggevende rol in het bepalen welk deel van de genetische informatie mag worden gebruikt. Het is interessant te zien dat deze verklaringen vanuit het instituut van onze Belgische wetenschapper prof. Deloof ook aanknopingspunten geven voor de biofysische processen die tussen de punten van de DNA-ritssluiting in de celkern kunnen plaatsvinden. In het werk binnen de Vesta-Forschung zijn wij hier via eigen wegen tot precies dezelfde conclusies gekomen. Op het ogenblik zijn er zo via onze Belgisch-Nederlandse neuraaltherapeutische vereniging internationale hoogst wetenschappelijke contacten tot stand gebracht, die veraf van de oorspronkelijke neuraaltherapie lijken te staan, doch die anderzijds juist aantonen hoe nieuw en hoe reëel de wetenschap rond neuraal-

therapie en andere nog niet begrepen effectieve ervaringstherapieën is. Ook hier willen we nu verder niet op ingaan. Ik heb hierover indertijd gepubliceerd in verband met de werking van neuraaltherapie en de redoxpotentiaal van procaïne en het belangrijke sleutelenzym, het cytochroom oxydase A3.

Waarschijnlijk vermoei ik u met deze vrij theoretische bevindingen. Aan de andere kant is dit toch een belangrijke gelegenheid om hierover in het algemeen iets te vertellen. Al deze nieuwe wetenschapsmodellen, alsook mijn eigen nieuwe verklaringsmodel over de werking van de neuraaltherapie, geven in ieder geval ook een verklaring voor de spectaculaire toepassingen van de principes van de bio-elektriciteit. Ze openen nieuwe mogelijkheden voor onder meer het kankeronderzoek en de AIDS-problematiek en ze kunnen bijdragen tot een belangrijk nieuw verklaringsmodel voor wat betreft de werking van vele tot nu toe alternatief genoemde diagnose- en therapie-mogelijkheden, zoals natuurgeneeswijze, acupunctuur, neuraaltherapie etc.

Men ziet dus dat bepaalde ziekmakende impulsen van een stoorveld kunnen veranderen in normale impulsen door middel van een injectie met een neuraaltherapeuticum. Hierdoor kan het neurovegetatieve regelsysteem zich herstellen en kan de aandoening in het zieke orgaan genezen worden. Nu is het natuurlijk me; mogelijk, dat een goedaardige gewrichtsverstijving bij een chronische gewrichtsontsteking door een secundenfenomeen wordt opgeheven, maar dat hoeft ook niet. De begeleidende pijn, de ontstekingsverschijnselen en doorbloedingsstoornissen en andere begeleidingsverschijnselen kunnen vaak wel op deze manier volledig genezen worden. En, minstens even belangrijk, met deze handeling is het voor de neuraaltherapeut tevens mogelijk met een eenvoudig middel, zonder tijdrovende onderzoeken, vast te stellen of er een causale relatie bestaat tussen een mogelijk stoorveld en een verder afgelegen ziekteproces. Als dan uit deze diagnostische mogelijkheid blijkt dat die relatie bestaat, kan men door herhaling van injecties genezing bevorderen. Dat feit was voor mij persoonlijk indertijd, bij het verlaten van mijn eigen huis-

artsenpraktijk, ook een belangrijke reden om zelf de werking van de neuraaltherapie te gaan onderzoeken. Zowel voormt) als arts als voor de patiënt kon vrijwel direct volgend op de eerste behandeling al worden vastgesteld of het ziektebeeld beïnvloedbaar was, en zo konden dure en tijdrovende diagnostische methoden veelal achterwege gelaten worden.

c. Het stoorveld

In 1940 onderkende Ferdinand Huneke voor de eerste keer een stoorveld en zag de werking ervan in de praktijk. Indertijd noemde hij het nog 'storingsveld', doch later hebben Huneke en de eerste werkgroep rondom de neuraaltherapie definitief besloten te spreken van een stoorveld. Hiermee kan men namelijk het beste het actieve karakter van deze plaats aanduiden. Het is geen gestoord veld, dat zich min of meer passief gedraagt, maar een duidelijk actief storend veld. Je zou ook kunnen spreken van een irritatiecentrum. Tot op heden is eigenlijk alleen nog maar binnen de kringen van de neuraaltherapie en rond het internationale haardonderzoek van gedachten gewisseld over het verschil tussen het begrip stoorveld en haard. Tegenwoordig is het standpunt dat een haard weliswaar best een stoorveldwerking kan hebben, maar dat deze daarbij dan ook nog kiemen van bacteriën of giftige stoffen kan uitzaaien, en dat laatste kan een zuiver stoorveld op zichzelf niet meer. Het begrip stoorveld is dus steeds een naamgeving voor een neuraal begrip.

Het is nu goed om uit te leggen hoe een bepaalde plaats in het nchaam, al is deze nog zo klein, op een gegeven moment een actief stoorveld kan worden

In principe zou je bij ieder litteken kunnen spreken van een stoorveld, zij het dat het dan meestal een zogenaamd 'stom' of 'stil' stoorveld is, dat wil zeggen een stoorveld waaraan geen meetbare storingen te registreren zijn. Zoals ik al eerder duidelijk heb gemaakt, kan men tegenwoordig met behulp van metingen met een micropotentiaalmetre (een microspanningsmetre) bepalen of en bepaald litteken of een bepaalde zone een stoorveldkarakter heeft.

Hierbij zij nog opgemerkt dat zelfs een onmiskenbaar met metingen aangetoond stoorveld toch nog niet steeds actief hoeft te zijn. Het lichaam kan dit namelijk compenseren. Hoe dit alles zich kan afspelen zal ik proberen in het navolgende te beschrijven.

Allereerst komt dan nogmaals de vraag: *Wat verstaan we nu onder een stoorveld?*

We kunnen het beste kennis over het begrip stoorveld krijgen door dit vanuit drie verschillende wetenschapstakken te bekijken.

1. *Het historisch stoorveld.* Als we met behulp van de microscoop de pathologische anatomie van het weefsel van een stoorveld bekijken, dan zien we steeds een chronische ontsteking van niet-afbreekbare substanties, die in dit weefsel gelegen zijn. Deze niet-afbreekbare substanties kunnen lichaamsvreemd zijn (bijvoorbeeld bepaalde talkkristallen), maar ze kunnen ook lichaamseigen zijn (bijvoorbeeld resten van afgestorven cellen na infectie of trauma), bestaande uit lymfocytair-plasmocytair infiltraten en desaggregatie (het uit elkaar vallen) van de grondsubstantie. Deze chronische ontsteking rond deze lichaamsvreemde of lichaamseigen, maar niet afbreekbare substanties is dus opvallend, en het zijn juist de lymfocytair en plasmocellulaire componenten van het afweersysteem, die zich laten zien.

2. *Het klinisch stoorveld.* Het stoorveld kan men ook betitelen als een sub-chronische ontsteking van bindweefsel, dat wil zeggen een ontsteking die niet via een acuut ontstekingsproces genezen kon worden en die daarom als het ware doorsukkelt zonder, of met weinig lokale symptomen. Het is alsof het reinigende verbrandingsproces van een ontsteking toch niet optimaal zijn werk heeft kunnen doen. Deze niet uitgewerkte ontsteking kan echter, afhankelijk van nog andere belastingen, een wisselende activiteit gaan uitoefenen, aanvankelijk alleen op de naaste omgeving, maar later ook op ver van deze plaats verwijderde lichaamsdelen. Op deze manier is er dus sprake van een Pathogene (ziekteverwekkende) inwerking en langs deze weg kunnen pathogene stoornissen onderhouden gaan worden. Zelfs terwijl het stoorveld aanleiding geeft tot een bepaald ziektebeeld, kunnen we dan ook begrijpen, dat ook dat ziekte-

beeld kan wisselen tussen heel slecht en heel goed. Secundaire belastingen kunnen bijvoorbeeld ook iets zijn als een sterke weerswisseling, omdat zoiets altijd gepaard gaat met ladingsverschillen in de buitenlucht.

Hiermee wordt meteen ook duidelijk dat het lichaamssysteem een open systeem is, met een open wisselwerking met zijn omgeving. Het lichaam reageert natuurlijk niet alleen op het weer. De laatste jaren ontdekken we ook zaken die we als verborgen' belastingen zouden kunnen betitelen, en die recentelijk ook meetbaar zijn. Men denke hier bijvoorbeeld aan de zogenaamde geopathogene belasting, oftewel het 'aardstralenfenomeen'. Dit laatste komt uitgebreid aan bod in het boek *Paranormale geneeskunst* uit deze serie. Voor al dit soort aangelegenheden kunnen we ons in Nederland gelukkig prijzen met een werkgroep zoals opgericht aan de Rijksuniversiteit van Utrecht, die niet alleen in de internationale wetenschappelijke wereld, maar ook in veel biologisch-medische kringen een hoog aanzien heeft. De Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie heeft zeker al gedurende een zestal jaren een nauw contact met deze groep van wetenschappers, die bestaat uit biofysici en moleculairbiologen zoals dr. R. van Wijk, dr. W. Linnemans, dr. D. Schamhart en drs. F. Wiegant.

In België is de situatie veel minder rooskleurig. De hoger beschreven A.I.G. probeert als private organisatie daar de leemte op te vullen.

3. *Het cybernetische stoorveld.* Het stoorveld is tevens te beschouwen als een bron van chronisch irritatieve impulsen, die de neurale regulatiecircuits met wisselende intensiteit, maat vooral ook met vreemde energie en informatie belasten, we zien zo dus steeds een pathologische wisselwerking optreden bij een actief stoorveld. De wetenschap van de cybernetica, aan de oorsprong waarvan de naam Wiener kan worden verbonden, heeft ons leren inzien, dat wij de betrekkingen in de ziekteprocessen veelal niet lineair causaal moeten zien, maar meer als een systeem van complexe terugkoppelingsregulaties, dus meer circulair causaal, wat ook veel complexere uitkomsten oplevert.

Hoe maken we ons nu een voorstelling van de ziekmakende activiteiten van een stoorveld? Om een inzicht te krijgen in deze ziekmakende werking van een stoorveld, kunnen we eigenlijk het beste uitgaan van de microscopische anatomie ervan. Die bestaat uit een centraal stoorpunt en een omgevende zone, welke laatste het eigenlijke stoorveld vormt. Het stoorpunt is het areaal met de maximaal storende energie. Dit is ook morfologisch goed te onderkennen als het areaal met niet-afbreekbare vreemde substanties van waaruit het potentiaalverschil uitgaat. We zien steeds hier omheen een zone met plasmacelinfiltraten en ook met lymfocyten en daarbij zien we ook een afbraak optreden van mucopolysachariden, een bepaalde typische meervoudige suiker-eiwit-combinatie in het losse bindweefsel, die vooral mede verantwoordelijk zijn voor de redox-potentiaal in dit gebied.

De *redoxpotentiaal* van het weefsel is nu juist de belangrijkste factor voor de energieleverende zuurstofprocessen en andere belangrijke basisprocessen in het grondstelsel. Zoals gezegd is het eigenlijke stoorveld de zone om dit morfologisch gestoorde weefsel, dat door deze storingen permanent geïrriteerd is. Het stoorpunt grenst dus aan nog niet gestoord weefsel, waarin de fijne uitlopers van het vegetatieve zenuwnetwerk liggen. Door secundaire belastingen van allerlei aard, die tijdelijk of blijvend kunnen zijn, kan op een gegeven moment de weerstand van het gezonde weefsel daar ter plekke zodanig gaan verzwakken, dat die zone zich verder kan uitbreiden. Op die manier ontstaan er dus bepaalde storingen in de fysiologie, die leiden tot pathologische storingen. Een stoorveld is dus steeds variabel in zijn begrenzingen en is van meerdere factoren afhankelijk, zoals klimaatveranderingen, maar ook van andere stress-factoren, waaronder veranderingen van het inwendige milieu van de mens.

Nu kunnen we ons ook indenken dat, als wij bijkomende belastingen kunnen verminderen, dan ook de grenzen van het stoorveld teruggedrongen gaan worden, en dat dan de dynamiek van de omgevende gezonde weefsels soms weer de zaak in handen kan krijgen. Tevens wordt het de lezer hier ook duidelijk, waarom bij hardnekkige en bij zogenaamde regulatiestarre ziekteprocessen, en bij bijkomende belastingen, het overbelas-

te BBRS tegelijk met of voorafgaande aan neuraaltherapie, dikwijls ook op een andere manier met behulp van natuurgeneeskunde, acupunctuur, elektro-acupunctuur, homeopathie en manuele therapie etc. eerst 'afgebouwd', dat wil zeggen in een betere conditie gebracht moet worden. Praktische beoefenaars van al deze methoden hebben de laatste jaren in de algemene milieuvervuiling van deze tijd kennis genomen van deze feiten. Ikzelf heb er indertijd (mei 1985) bij de officiële introductie van het BBRS in het Congresgebouw te Utrecht uitgebreid over gesproken.

Dit model maakt ook begrijpelijk, dat zo'n stoorveld zich zo kan uitbreiden over min of meer grote gebieden, over hele lichaamssegmenten, over halfzijdige delen van het lichaam, en zelfs over het hele lichaam. Ook zal dit zich niet alleen uiten in het klinische beeld, het kan ook met behulp van regulatietesten en bepaalde nog te bespreken diagnostische testapparatuur worden aangetoond.

Uit het voorgaande moet ook duidelijk worden, dat een stoorveld in de beginfase, welke fase soms jarenlang kan duren, nog geen grote symptomatiek geeft en in dezen ook nog reversibel kan zijn, dit soms zelfs met het onderhouden van een bepaalde storing op afstand. In deze toestand is zo'n stoorveld natuurlijk nog goed toegankelijk voor neuraaltherapie: dat wil zeggen het stoorveld kan nog volledig en definitief uit te schakelen worden geacht met behulp van een injectie met een neuraaltherapeutisch middel. Hierdoor kan het lichaam dan vervolgens zelf zijn chronisch ziekteproces, dikwijls via een normaal-acuut verloop, tot genezing brengen. Dit wordt in de geneeskunde een restitutio ad integrum - een restloos herstel - genoemd, iets dat men voortdurend na ziekte probeert te laten optreden. Als we deze stoorveldsituatie zonder neuraaltherapeutische behandeling maanden en jaren laten bestaan, kan door veel voorkomende bijkomende belasting en verminderde weerstand van het omgevende weefsel op een gegeven moment een zogenaamd 'gefixeerde toestand' ontstaan. Zoals reeds eerder opgemerkt geeft dit een regulatiestarheid, wat kan leiden tot irreversibele (niet- omkeerbare) pathologische veranderingen. Toch moeten we nog opmerken dat we in dit laatste stadium, zoals uit de praktijk blijkt, dikwijls ook nog wel therapeutisch

iets kunnen doen. We kunnen nog iets bewerkstelligen met behulp van aanvullende inspuitingen in het segment en in de ganglia (= zenuwknopen). Soms lukt het ons ook nog weer nieuwe energie toe te voeren, door het hele weefsel van het lichaam zo goed mogelijk te ontgiften en te zuiveren. Dit proces betitelen we meestal met de Duitse term 'umstimmen' wat we in Nederland tegenwoordig ook met het germanisme 'omstemmen' aanduiden.

4. Verschillen tussen neuuraaltherapie en reguliere therapie

Nadat ik dit alles over het stoorveld heb verteld, wil ik tot slot nog even ingaan op de verschillen tussen de neuuraaltherapie en de reguliere therapieën. In het navolgende heb ik enkele langrijke punten van onderscheid bij elkaar gezet.

1. In de conventionele geneeskunde wordt de farmacologische werking van het procaïne, namelijk de lokaalanesthetische werking gebruikt.

De neuuraaltherapie benut de specifieke werking van het procaïne en andere lokaalanesthetica op het vegetatieve grondstelsel. Ze grijpt namelijk regulerend aan op de gestoorde interactie van de verschillende complexe regelcircuits en hierbij is de farmacologische eigenschap van het lokaalanestheticum helemaal bijzaak.

2. In de conventionele geneeskunde verstaan wij onder een haard of focus een ontstekingsachtig areaal dat bacterieel of toxisch 'strooiend' ziekten op afstand veroorzaakt. In de neuuraaltherapie is de haard of het stoorveld een biofysisch-energetisch neurohumoraal probleem. Gebleken is namelijk dat ook a-bacteriële veranderingen, zoals bijvoorbeeld littekens, ziektemakende werkingen op afstand konden bezitten. Deze 'neurale werking' was in de geneeskundige school tot op dat moment niet bekend.

3. Huneke - en met hem sublieme wetenschappers zoals Ricker en Speransky - stelt dat iedere eenmaal doorgemaakte ziekte of verwonding een zekere voorbeschadiging van het organisme betekent, die mogelijk later een stoorveidkarakter kan aannemen. Verder weten we, dat een stoorveld zeer dikwijls ofwel geen ofwel heel weinig symptomen geeft en meestal pijnvrij is. Deze twee feiten betekenen, dat het ontdekken van zo'n stoorveld zonder een heel nauwkeurige anamnese (= voorgeschiedenis van de ziekte) niet gemakkelijk is. Op deze plaats moet ik nogmaals wijzen op een zeker volgens de schoolgeneeskundige opvattingen bestaande schijnbare paradox: juist het pijnvrije

areaal, het stoorveld, heeft namelijk procaïne nodig. Dit laatste is iets dat men in de reguliere geneeskunde nog niet kent en dat men daar opnieuw moet gaan leren. Ferdinand Huneke zelf zei: 'Niet het procaïne geneest, maar enkel en alleen de kundige toepassing ervan.' Het gaat dus om het beroemde 'gewusst wo', 'het weten waar'. Dit was iets dat in de toenmalige geneeskunde nog niet bekend was, maar het is ook datgene, wat heden ten dage juist nog steeds veelal wordt weggewimpeld.

De reguliere geneeskundige school is ingedeeld in pure vakgebieden, zelfs in vergaande superspecialisaties. De neuriaaltherapie kent geen specialismengrenzen, want het stoorveld en zijn werking op afstand zijn én niet aan het segment, én ook niet aan hetzelfde vakgebied gebonden.

Een ander verschil is de uitgebreide lijst van ziekten die door middel van de neuriaaltherapie behandeld kunnen worden. Men kan in de conventionele geneeskunde gewoonweg niet begrijpen, dat men met een enkel middel, en nota bene nog wel met een lokaalanestheticum, de meest verschillende ziekten succesvol kan behandelen: dat wil zeggen causaal therapeutisch kan aanpakken. Dit is heel wat anders dan alleen maar symptomatisch maskeren, zoals veelal in de hedendaagse reguliere geneeskunde therapeutisch met procaïne wordt gedaan. Zoals ook elders wordt uitgelegd komt dat, omdat het procaïne een specifieke betrekking heeft tot het grondstelsel en omdat dat grondstelsel in alle organen en in alle weefsels aanwezig is.

In de reguliere geneeskunde worden nog wel eens vragen gesteld in de zin van: 'Geachte collega, wat doet u zoal bij die en die ziekte?' In de neuriaaltherapie is op zo'n vraag veelal geen gedetailleerd antwoord te geven, zoiets is in de regel puur individueel. De specifieke situatie van de individuele patiënt vereist een op maat gesneden specifieke therapie voor deze patiënt.

7. Verschillen tussen de reguliere geneeskunde en de neuriaaltherapie komen natuurlijk ook voort uit de verschillende opgaven van de beide methoden. De behandeling van orgaanziekten of zware levensbedreigende ziekten en ongevallen is vaak het domein van de schoolgeneeskunde. Hier kan de neuriaal-

therapie op zijn gunstigst ondersteunend werkzaam zijn. De neuraaltherapie kan, als ze vroeg genoeg wordt toegepast, bij functiestoornissen, die overigens vrijwel altijd gepaard gaan met pijnen, regulerend ingrijpen. De neuraaltherapeutische ziekten zijn veelal ziekten, die bij de aanvang meestal zonder enige tastbare klinische gegevens bestaan. Eppinger en Pischinger leren ons waarom dit in de aanvang nu juist het geval is. Juist dit ziektebereik evenwel is in eerste instantie het domein van de neuraaltherapie.

8. De neuraaltherapie is natuurlijk niet zo makkelijk als menig collega zich nu misschien voorstelt: je neemt een spuit, je neemt een naald, je neemt een lokaalanestheticum en je geeft een spuit daar waar precies de oorzaak zou moeten liggen. Integendeel, een heel uitgebreid algemeen weten, grondige kennis van de anatomie en een sterk medisch intuïtief aanvoelen zijn voor een succesvolle neuraaltherapie onontbeerlijk. Belangrijk in deze context is in ieder geval de waarneming van de gebroeders Huneke, dat bij een prikkelbeantwoording van het organisme op een nieuwe ziekte de voorbeschadigingen bepalend kunnen zijn voor de reactievaardigheid en de reactiewijze van ons organisme. Zolang dit grote idee van de Hunekes niet als algemeen weten binnen de conventionele geneeskunde wordt geïntegreerd, zullen er in de toekomst nog veel mensen met voornamelijk chronische ziekten, veelal ziekten gepaard gaande met pijn, tevergeefs op genezing of op belangrijke verlichting moeten wachten.

9. Een zeer belangrijk voordeel ten aanzien van de orthodoxe geneeskunde is, dat de neuraaltherapie volgens Huneke, als die uiteraard op de juiste wijze wordt toegepast, doorgaans een bijna risicovrije, maar in ieder geval een buitengewoon risicovrije therapie is.

10. Bovendien is de neuraaltherapie in de regel veel goedkoper dan elke andere vorm van reguliere geneeskunde.

a. Grenzen van de neuraaltherapie

Natuurlijk heeft de neuraaltherapie ook haar grenzen. Dr. Peter Dosch somt deze 'Versagers' in de neuraaltherapie in zijn

leerboek op. Niet of nauwelijks te beïnvloeden ziektebeelden zijn:

Schizofrenie, manisch-depressieve psychosen, hysterie en andere psychische ziekten van erfelijke oorsprong, of veroorzaakt door primair overmatige gevoelsstoringen.

Deficiëntieziekten, ten gevolge van bijvoorbeeld grote vitamine- of hormoontekorten.

Erfelijke en aangeboren aandoeningen zoals blindheid, doofheid en epilepsie, terwijl de verworven vorm van epilepsie, die bijvoorbeeld na een hoofdverwonding kan ontstaan, vaak wel gunstig reageert op neuraaltherapie.

Door ziekte verworven misvormingen. Deze kunnen door de neuraaltherapie niet genezen worden, al kan de neuraaltherapie hier dikwijls pijnstillend werken.

Infectieziekten in gevorderd stadium, zoals terminale tbc. Zoals u in de werken van dr. Bergsmann kunt lezen, blijkt de eenzijdige long-tbc echter dikwijls onder stoorveldinvloed te staan. Dan kan eigenlijk dikwijls de genezing met behulp van neuraaltherapeutische behandeling van het stoorveld zeer effectief worden bereikt.

Toestanden zoals spieratrofie na kinderverlamming of door andere oorzaken; gevorderde schrompelnier en schrompellever. MS is slechts zelden te beïnvloeden. Eenzijdige verlamming na beroerte is meestal wel neuraaltherapeutisch beïnvloedbaar. Als men er tijdig mee begint, dan zijn de therapeutische kansen steeds het grootst.

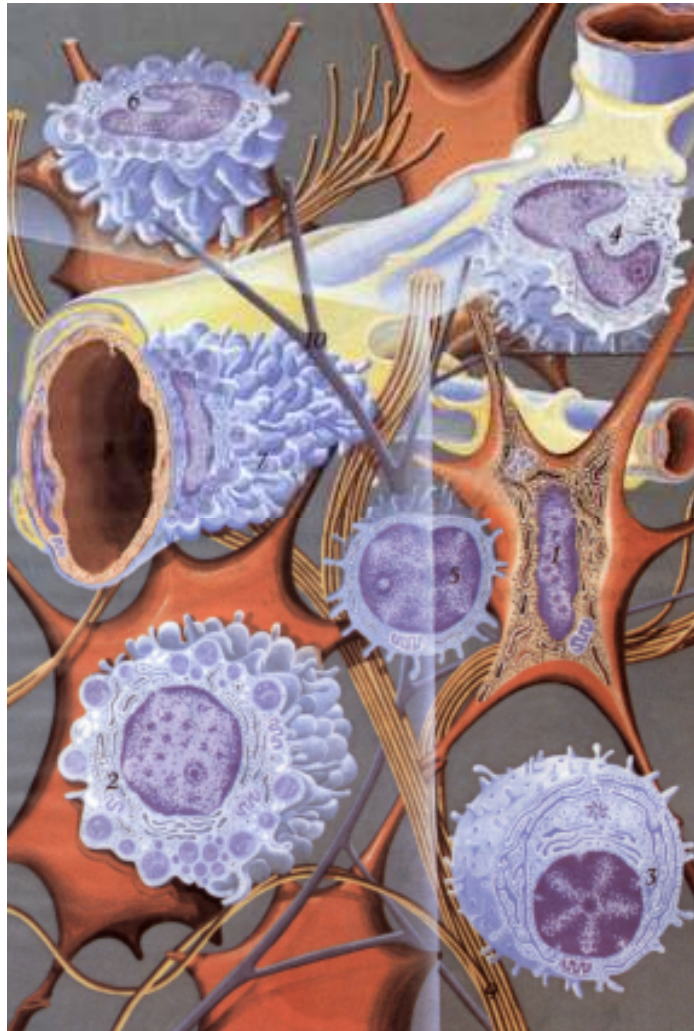
Kanker kan door procaïne en neuraaltherapie alleen niet worden genezen, hij kan hoogstens zo goed mogelijk met de functies van de hele mens in evenwicht gehouden worden. Uitschakeling van stoorvelden echter kan als gevolg hebben, dat de zelfgenezingsmechanismen weer naar behoren op gang komen, zodat zowel klassieke als de minder gangbare kankertherapieën dan een verhoogd effect kunnen sorteren.

Ik weet, dat ik met deze uitspraken over kanker voor velen iets zeg dat ze zich nog niet kunnen voorstellen. Ik heb er zelf officieel in andere publikaties ook nooit over gesproken, maar ik doe het nu hier in Nederland voor de eerste keer, in deze uitgave over de neuraaltherapie en het grondstelsel, waarvoor ikzelf alleen verantwoordelijk ben. Aangezien ik mij al meer dan

twintig jaar met deze onderwerpen bezig houd, kan ik het trouwens niet nalaten het op dit moment wel te doen. Vooral voor wat betreft de kankeraanpak heb ik met de neus op de feiten gestaan: dit ook in verband met het werk van mijn vriend, leraar en collega, dr. Joachim Varro uit Dusseldorf, die al meer dan vijftwintig jaar de meest ernstige kankerpatiënten (die opgegeven waren) behandeld heeft. Hij -en ook anderen - heeft zeer vele goed gedocumenteerde gevallen van patiënten, die opgegeven waren en die toch opmerkelijk opgeknapt en zelfs hersteld zijn. Natuurlijk is dit herstel niet uit de neuraaltherapie alleen ontstaan. Het is zelfs meestal ook niet ontstaan door behandeling met alternatieve methoden alleen. Je kunt veelal het ene niet doen zonder het andere te laten. Je kunt meestal niet, of niet altijd, met één methode de hele zaak in handen houden. De ervaring leert echter, dat elke chronische ziekte het gevolg kan zijn van een of meer stoorvelden, al dan niet gepaard gaande met geopathische belasting (zogenoemde aardstralen, want ook dit zal in de toekomst realiteit blijken te zijn), die allebei een therapieresistentie tot gevolg kunnen hebben. Het BBRS is geblokkeerd! Men zou het dan ook in de toekomst als een kunstfout kunnen beschouwen om chronische therapieresistente patiënten, waaronder ook kankerlijders, niet op stoorvelden te laten onderzoeken als er therapeutisch nog mogelijkheden zijn. Met uitzondering van die ziektegevallen, die voor de neuraaltherapie niet toegankelijk zijn, is een poging met deze therapie op haar plaats in alle gevallen, waar met behulp van de klassieke of andere biologische therapieën geen of onvoldoende succes wordt geboekt.

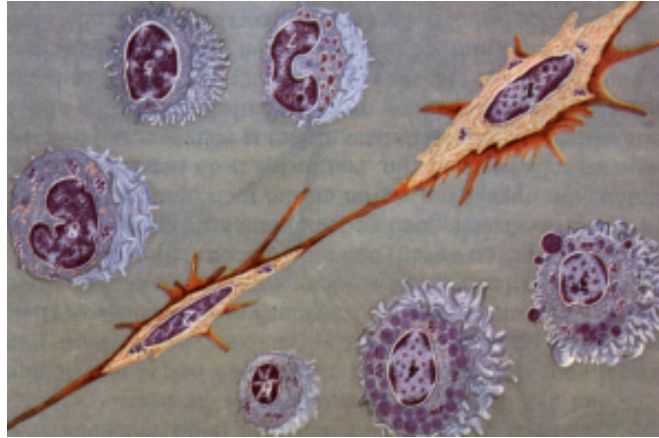
b. Neuraaltherapeutische toepassingsgebieden

Hoewel een antwoord op de vraag of een bepaald ziektebeeld voorzien van welke indrukwekkende diagnostische naamgeving dan ook met behulp van neuraaltherapie behandelbaar is, m de regel slechts te geven is nadat een neuraaltherapeutisch kundig arts zich met deze individuele patiënt en zijn ziekte heeft bezig gehouden, wil ik toch voor het gemak een - incom-



Figuur 1. Het weke bindweefsel

1. fibrocyt; 2. histiocytt; 3. plasmacel; 4. monocyt; 5. lymfocyt;
6- granulocyt; 7. mestcel; 8. haarvat; 9. collagevevzels; 10. elasti-
sche vevzels.



Figuur 2. De fibroblast als toti-potentie bindweefselcel

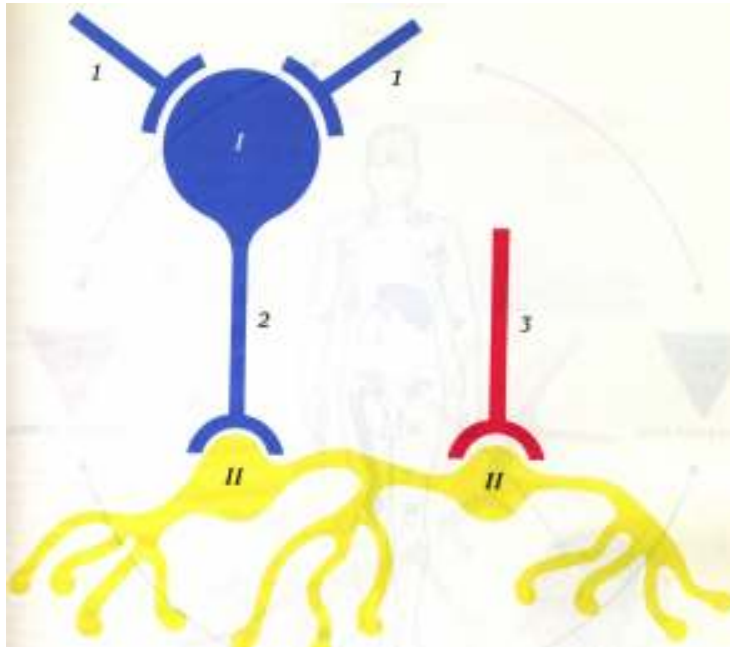
*1. fibroblast; 2. fibrocyt; 3. histiocyty; 4. mestcel; 5. lymfocyt;
6. plasmacel; 7. granulocyt; 8. monocyt.*



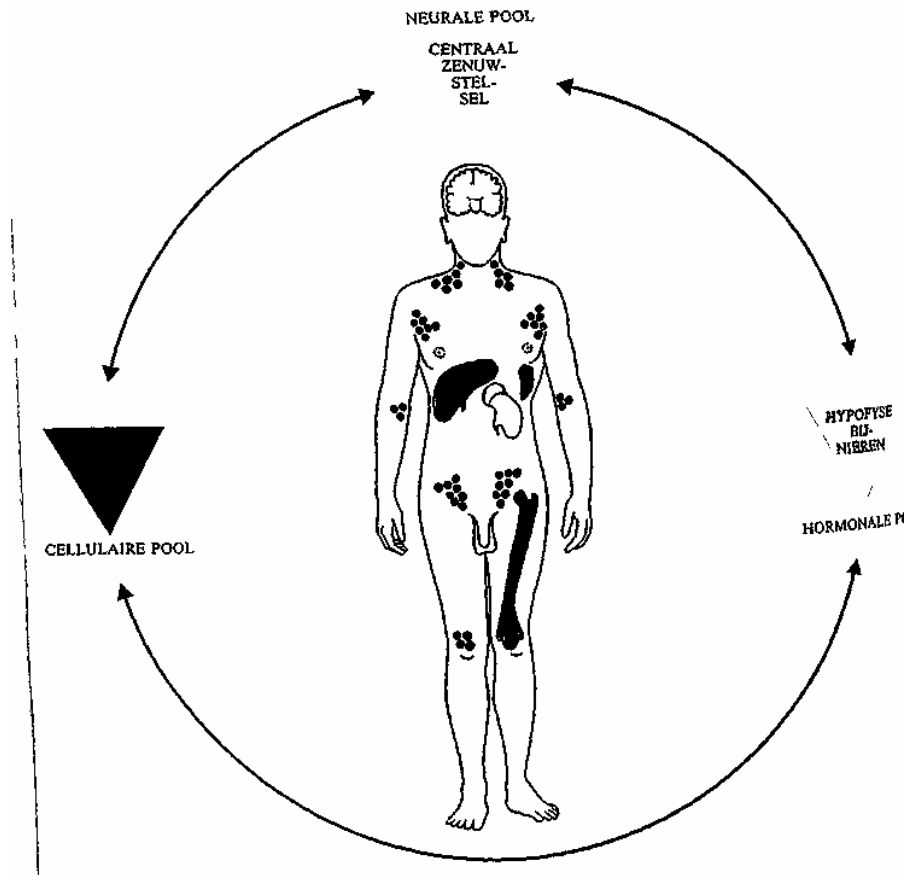
Figuur 3. Eindstroombaan en 'transit-mesenchym'
1. haarvat; 2. orgaancel; 3. fibrocyt; 4 .zenuw



*Figuur 4. Het neuro-vegetatieve eindtraject.
1. emdverdickingen in het syncytium; 2. fibroblast; 3. fibrocyt.*



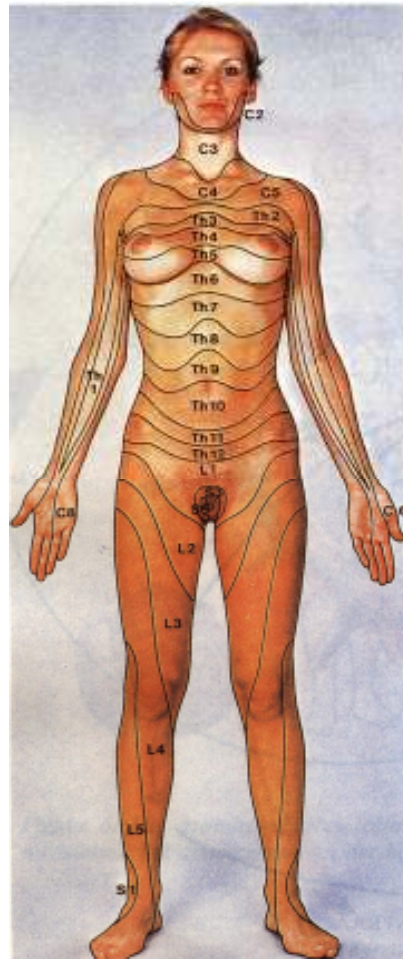
Figuur 5. Schematische voorstelling van het vegetatieve eindtraject
 1. Preganglionaire parasymphatische zenuwen; 2. postganglionaire parasymphatische zenuwen; 3. postganglionaire symphatische zenuwen.
 I. ganglioncellen, type 1 volgens Dogiel; II. ganglioncellen, type 2 volgens Dogiel.



Figuur 6. Het grondregulatiesysteem met zijn drie polen: het zenuwstelsel, het afweerstelsel en het hormonale stelsel.



Figuur 7. Het 'naaldenprikfenomeen van Pischinger'
 1. epidermis; 2. hoorvaten; 3. vegetatieve eindvaten;
 4. tonocy; 5 fibroblast.





Figuur 8. De huidzones van Head en Mackenzie.

*Figuur 10. Inspuiting van de keel-
amandelen.*

pleet - schematisch overzicht geven. Namen van ziekten en symptomen zullen in de toekomst niet meer in die mate als thans nog het geval is de dienst uitmaken. De mens met zijn individuele symptomen komt weer centraal te staan, niet alleen omdat de tijdgeest dit per se zal vragen, maar vooral ook vanwege de inzichten, die wij vanuit de realiteit van de ervarings-therapieën (natuurgeneeskunde, neuraaltherapie, homeopatie etc.) en van het BBRS hebben gekregen en nog volop zullen. Het onderstaande schematische overzicht is dus onvolledig en niet in overeenstemming met de nieuwe werkelijkheid, maar kan toch praktisch van dienst zijn voor de patiënt en voor de therapeut, die zich deze nieuwe inzichten eigen wil maken.

Hoofd: Hoofdpijn, migraine, druk op het hoofd, gevolgen van Hersenschudding en schedelfracturen, zoals duizeligheid, evenwichtsstoornissen of epilepsie als gevolg van een ongeval. Arteriosclerotische processen in de hersenen en de toestand na een beroerte (herstel van psychische en lichamelijke flexibiliteit). Vele vormen van storingen in de bloedsomloop, haaruitval, trigeminusneuralgie, facialisverlamming, slapeloosheid, etc.

Ogen: Glaucoom (groene staar) en alle aandoeningen met een ontstekingskarakter zoals neuritis, iridocyclitis, keratitis, scleritis, etc.

Oren: Acute en chronische middenoorontsteking, evenwichtsstoornissen waarvan de oorzaak in het oor is gelegen (Menière), oorsuizen of andere bijgeluiden, etc.

Neus: Hooikoorts, ozaena, chronische loopneus, verlies van reukvermogen, neus-bijholte-ontstekingen, etc.

Hals: Schildkliervergroting (krop) met of zonder schildklierhyperfunctie (Basedow) of hypofunctie, chronische amandelontsteking, voortdurende globusgevoelens, etc.

Borst: Bronchiale en cardiale astma, angina pectoris, steken rond het hart, beklemming in de hartstreek, toestand na hartinfarct, hartneurose, hartspierontsteking, silicose (stoflong), emfyseem, bepaalde soorten van long-tbc, toestanden na longziekten of borstoperaties, etc.

Buik: Lever- en galaandoeningen, toestand na geelzucht, ul-

cussen van maag en twaalfvingerige darm, aandoeningen van de alvleesklier, maagneurose, chronische obstipatie, chronische diarree, etc.

Onderbuik: Bij de vrouw: ontsteking van baarmoeder, eileiders of eierstok, menstruatiepijn, witte vloed, ziekten als gevolg van miskraam of moeilijke bevalling, kinderloosheid, seksuele stoornissen, zwangerschapsbraken, gevolgen van habituele abortus. Bij de man: prostaatvergroting of -ontsteking, impotentie, nieraandoeningen, blaasaandoeningen, ook bedwateren, etc.

Gewrichten, wervelkolom, spieren: Artrosis deformans, cervicaalsyndroom, spondylose, osteochondrose, aandoeningen van de wervelschijven, ziekte van Bechterew, lage rugpijn, heupaandoeningen bij oudere mensen (coxatrosis), spit (ischias), knieklachten, gewrichts- en spierreuma, artritis, staartbeenpijn. Ziekten van het beenvlies, pijn in een amputatiestomp, organische doorbloedingsstoornissen van armen en benen, ziekte van Sudeck, vaatkrampen, stuwing van de lymfeafvoer, sporttrauma's, etc.

Huid: Chronische aandoeningen zoals eczeem; littekenpijnen, aambeien, keloïedvorming, jeuk aan anus en vagina, trombose, steenpuist, pijn na gordelroos, wratten, slecht genezende wonden.

Zenuwen: Allerlei neuralgieën, zenuwontstekingen, ischias, stemmingveranderingen na ziekten en operaties, orgaanziekten van nerveuze aard, gevoelsstoornissen, functionele aandoeningen, allerlei soorten pijn, etc.

Ziekten die het hele lichaam betreffen: Allergieën, vegetatieve dystonie, ziekelijk vroegtijdig verouderen, ouderdoms- en slijtageziekten, dalend prestatievermogen, postoperatieve ziekten, stoornissen in de klieren met inwendige secretie, weergevoeligheid en Fohnziekte, etc.

5. De neuuraaltherapeutische praktijk

a. Algemeen

Iedere arts met ervaring in de neuuraaltherapie kan in de regel zeer veel instructieve voorbeelden geven van zieke mensen, die hij heeft kunnen genezen of van wie hij de toestand heeft kunnen verbeteren met behulp van bijvoorbeeld segmenttherapie of stoorveldtherapie.

Zoals u bij het doornemen van de andere gedeelten van de tekst over neuuraaltherapie al is opgevallen, is het in de neuuraaltherapie in het algemeen genomen niet zoals in de veelal symptomatisch gerichte reguliere geneeskunde geldt, dat voor een ziekte met die naam deze en die behandeling of dit en dat geneesmiddel gebruikt kan of moet worden. Bij de neuuraaltherapeutische behandeling van de meeste ziekten, zelfs die ziekten die thans duidelijk vallen binnen de systematiek in de ziektebeelden die we sinds Rudolf Virchow hebben leren kennen, zal het ons duidelijk worden, dat de verzuchting van Speransky in 1936 bij het verschijnen van zijn boek (Grundlagen der Theorie der Medizin, Fundamenten van de theorie van de geneeskunde) nog steeds onveranderd van kracht is.

hedendaagse geneeskunde spreken we over zogenaamde (echte) ziekten en syndromen. Bij zogenaamde (echte) ziekten zijn er bepaalde symptomen waarbij ook een bepaald pathologisch-anatomisch beeld hoort. Dit is de wetmatigheid, die door Virchow (1859) is vastgelegd, welke regel we in onze geneeskunde nog steeds in al zijn strakheid hanteren. Bij syndromen hebben we echter in de regel te maken met een reeks van symptomen, zonder duidelijk aanwijsbaar pathologisch-anatomisch substraat in de zin zoals Rudolf Virchow eigenlijk voor allerlei ziekten gepostuleerd had.

Deze syndromen zijn in de geneeskundige praktijk later, overigens ook maar bij gebrek aan beter, tot ziekte gepromoveerd.

Vergelijk hiertoe bijvoorbeeld het zogenaamde syndroom van

Menière. Dit wordt door ons artsen en ook door patiënten in de regel als echte ziekte op zichzelf beschouwd. Deze regulatiestoornis echter, die zich kenmerkt door het trias van symptomen, aanvallen van draaiduizeligheid, misselijkheid en oorsuizen in een bepaalde onderlinge verhouding, die voor iedere patiënt anders is, is bijna altijd alleen maar een complex van symptomen. Ze is als complex van symptomen een onderdeel van een veel meer omvattend ziektebeeld, dat we in deregulatie veelal ook nog wel kunnen benoemen. We zien het bijvoorbeeld als toestand na een mastoïdectomie (operatie aan het rotsbeen bij een oor bij chronische ontstekingen van het gehoor). Als we echter niet kunnen zeggen dat het syndroom van Menière bestaat na een voorafgaande vroegere ziekte of door operatie alleen, dan bestaat er voor ons artsen en patiënten kennelijk nog een verborgen oorzaak. De praktijk van de neuraaltherapie laat zien, dat hetzelfde eigenlijk geldt voor zeer vele ziektebeelden, zeker die, welke we in de praktijk van een (huis)arts tegenkomen. Het verbindende BBRs en het vegetatieve en het centrale zenuwstelsel zullen dit ook in de toekomst steeds beter begrijpelijk maken en duidelijk demonstreren.

Tussen de regels door kan ik u hier ook vertellen, dat de gerichte fysiek gestuurde behandeling met behulp van neuraaltherapie in periferie van onze ingewikkelde computermens (ik bedoel hier het BBRs) als het gaat om de onderliggende ziekteoorzaak van een ziekte eigenlijk ook maar één kant van de zaak is. De andere kant, waar we ons in het New-Age-tijdperk van heden ook sterk mee bezig moeten gaan houden, met name ook in de medische wetenschap en in de medische praktijk, is natuurlijk de psychologisch gestuurde behandeling, zeker bij duide-

lijk psychische regulatiestoornissen met dikwijls enorme lichamelijke ziekteverschijnselen. Het begrip onderbewustzijn zal ons wel niet vreemd zijn. Zoals u weet hebben Freud, Jung, Adler en Frank etc. echter slechts een tip opgelicht van datgene, wat voor ons mensen en voor ons artsen nog steeds en grotendeels verborgen is. Vooral deze andere kant is nog veelal een achtergebleven gebied in de geneeskunde van het materiele en mechanistische tijdperk, dat op het ogenblik, zeker gezien vanuit de geneeskundige praktijk, hopelijk langzaam tot

zijn einde gaat komen. Het voordeel is natuurlijk wel, dat we van dit eenzijdig materialistisch denken ook veel geleerd hebben. De neuraaltherapie is zagezegd voor mij persoonlijk eigenlijk ook een middel geweest om mij als arts en als mens met deze kanten van het leven, met deze andere facetten van optimale gezondheid en ziekte bezig te gaan houden. Tot zover dit intermezzo, dat ik voor de volledigheid toch niet wilde weglaten. Het is overigens dikwijls wel zo, dat een functionele regulatie in het somatische BBRS de mens weer in de gelegenheid brengt zijn geestelijke taak als mens aan te kunnen.

Al met al heeft het dus in het geheel geen zin om de vele neuraaltherapeutische ziektegevallen, die ikzelf of die collega's van mij in de praktijk hebben meegemaakt, hier in dit boek te gaan vertellen. De ene ziektecasus zal dan weliswaar nog fraaier zijn dan de andere, doch daar gaat het hier in deze verhandeling niet om. Zoals u wel hebt kunnen merken, heb ik datgene wat ikzelf over de neuraaltherapie heb willen vertellen, direct en open gebracht: verteld door een (hoop ik) normaal praktisch denkend mens en arts met praktijkervaring in een jarenlange huisartsenpraktijk (vijftien jaar) en daarna in een zelfstandig gevoerde biologisch georiënteerde praktijk (negen jaar).

Ik heb in mijn schrijven over de neuraaltherapie, zonder een perste aan systematiek te willen aanbrengen of de volledigheid van het leerboek van P. Dosch te willen nastreven, de neuraaltherapie in verschillende onderwerpen willen bespreken binnen het raam van de huidige wetenschappelijke kennis over deze geneesmethode zowel in brede als in engere zin. Nogmaals wil ik beklemtonen, dat er veel verschillende kanten aan de neuraaltherapie zitten, die goed begrepen moeten worden zowel door de arts die deze niet als specialist toepast, als door de leekpatiënt. Ook wil ik hier nogmaals stellen, dat we het niet accepteren van de neuraaltherapie als methode niet alleen moeten toeschrijven aan blindheid, negativistische instelling of aan onbekendheid ermee van veel van onze collegae in de huidige medische vakwereld. Er zijn meer elementaire geneesmethoden geweest, waarbij (net als in het geval van de neuraaltherapie) bepaalde vakgenoten, ja zelfs vakgenoten met een grote

naam, deze nieuwe methoden hebben toegepast en enthousiaste sympathisanten van de desbetreffende therapeutische methode werden. In onze vereniging was er al in de tijd dat ik met de neuraaltherapie begon, een Nederlandse professor in de immunologie die ook een enthousiast aanhanger en beoefenaar van de neuraaltherapie was. Ik hoef zijn naam hier niet te noemen, hij is jarenlang lid van onze vereniging geweest. Wat ik eigenlijk wil zeggen is, dat er meer voor nodig is om deze 'ontdekkingen', deze nieuwigheden die een ander medisch denkmodel als basis vereisen, geïntegreerd te krijgen binnen de geneeskunde, die algemeen wordt gedoceed. Men moet steeds bedenken, dat de ons aangeleerde denk- en werkwijze het liefst slechts die informatie doorlaat, die overeenkomst vertoont met haar eigen trillingspatroon. Het leren om anders te denken kan voor velen, ik durf zelfs te zeggen voor allen, verschrikkelijk moeilijk zijn. Ook voor mij was dat in de aanvang geen gemakkelijke opgave, ik heb dat ook moeten leren. Ikzelf heb in de loop der jaren ervaren, dat er zeer veel andere, en verschillende zeer goede onorthodoxe, geneesmethoden zijn. Ik ken ook veel belangrijke medische kopstukken, die aanhanger zijn van bepaalde geneesmethoden. Van hen persoonlijk weet ik, dat ze als hoogleraar deze geneesmethoden niet te hard van de daken kunnen schreeuwen, omdat dit nu eenmaal onmogelijk is op de universiteit waar ze werken. Hier geldt ten dele hetzelfde als in de grotere gemeenschap, die we maatschappij noemen. Het is nu eenmaal zo - en ook dat heb ik ervaren, en ook dat vind ik nu niet meer erg - dat je door je collegae vrij snel als een dissident wordt beschouwd, als je te veel laat blijken dat je je bezig houdt met andere geneesmethoden dan de algemeen gedoceede. Ook dat is algemeen menselijk en niet typisch medisch. Ook al zijn deze geneesmethoden al jaren bekend, al jaren in gebruik en door vele artsen met succes toegepast, dan nog kunnen medici hierover nog moeilijk met elkaar van gedachten wisselen, omdat men ten onrechte het gevoel heeft dat men dan niet au serieus wordt genomen. We hebben waarschijnlijk moeten wachten tot er een crisis gekomen of in aantocht is binnen het wetenschappelijk handelen en denken en tot er een duidelijk merkbare vertraging in de

vooruitgang van de gangbare geneeskunde is ontstaan. Op grond hiervan moet men zich ten slotte wel gaan afvragen of er voor bepaalde ziekten toch niet andere wegen te bewandelen zijn, wegen die een andere aanpak vereisen. Deze vragen leiden ten slotte naar 'anders denken' en als gevolg daarvan 'anders therapeutisch handelen'. Zeer zeker in de jaren voordat Pischinger op het toneel verscheen - daar gaat het eigenlijk om wat ik u wilde vertellen - was het inderdaad nodig de door onhoudbare theorieën verwaterde voorstelling over neuraaltherapie nu eens eindelijk te onderbouwen met een stuk wetenschap, die aan de tijd was aangepast. Zo iets is steeds nodig en op deze wijze komt men tot de opbouw van een theorie, die vooral ook leerbaar zal zijn. Het zijn juist deze leerbare grondbeginselen die de werkelijke zin van de neuraaltherapie voor iedereen duidelijk moeten maken. Zo is het trouwens nodig, dat elke therapie uiteindelijk tot in de details wetenschappelijk wordt onderbouwd. Geen wonder dat we zeker als neuraaltherapeutische vereniging zo ontzettend blij zijn met het contact dat wij rond 1981 kregen met onze wetenschappers van de Utrechtse universiteit, dr. R. van Wijk c.s., en dat voor ons zo'n geweldige steun was. Want theorie en Pjaktijk moeten steeds in een goede verhouding staan. Gebleken is, dat in de geneeskunde bijna steeds de doorbraken vanuit de medische ervaringspraktijk zijn aangebracht, en dat daarna de wetenschap zo'n behandelingsmethode en aanpak verder heeft gebracht.

Dus nogmaals, de arts van deze tijd heeft niet voldoende aan een min of meer overtuigend voorgedragen bericht dat een bepaald middel of een bepaalde methode bij vele ziekten ongehooflijke resultaten kan opleveren. Pas als hem op een niet mis te verstane manier - dat is dan meestal een wetenschappelijke manier - duidelijk kan worden gemaakt, dat hij in bepaalde gevallen slechts zó en niet anders kan helpen, zal hij juist vanuit zijn eigen overtuiging zich bedienen van deze precies omschreven methoden. Zijn overtuiging zal toenemen naarmate hem blijkt dat hij succes heeft met zijn behandelingsmethode. Het is lang niet altijd plezierig dat hierbij meestal de gegevens uit de praktijk vooraf gaan aan een wetenschappelijke onderbouwing, maar het is wel een ervaringsfeit.

Zo en niet anders liggen de zaken ten aanzien van de neuraaltherapie en ook van 'andere', ik noem het meestal rijpe, onorthodoxe geneeskundige methoden. Zo liggen de zaken nu ook in Nederland met name rond de oprichting van het Centrum voor Geïntegreerde Geneeskunde in Winterswijk. De knoop moet doorgehakt worden door regering en ziektekostenverzekeringen.

Enfin, u begrijpt dat ik liever een verbindingslijn tussen theorie en praktijk wil trekken zonder te veel in detail op bepaalde ziektebeelden te wijzen. Een beschrijving van meer en andere concrete ziektegevallen, zowel in populaire taal als in medische vaktaal, is te vinden in heel veel boeken, die u in de literatuurlijst kunt terugvinden.

Het lijkt me opportuun hier slechts op een didactische manier enkele voorbeelden uit mijn eigen praktijk aan te halen om een en ander te verduidelijken. Ik doe dit ook om te verduidelijken wat segmenttherapie en wat stoorveldtherapie is, en om te laten zien dat deze kunstmatige indeling voor de beginner in de neuraaltherapie zeer instructief is, doch later, in de gevorderde neuraaltherapeutische praktijk, niet meer in zijn geheel vol te houden is. Vooral dit laatste is een werkelijkheid die de laatste tijd bij neuraaltherapeutische insiders steeds meer opviel respectievelijk steeds duidelijker werd. Ikzelf heb enkele jaren geleden (1983) op een internationaal neuraaltherapeutisch congres in Antwerpen en naderhand ook in Freudenstadt voor het eerst openlijk over deze zaken gesproken en geschreven. In het leerboek van Peter Dosch (zowel in het Engels als het Duits, 14e druk) en ook in de leergangen en congressen waarin de praktijk en theorie van de neuraaltherapie gedoceerd worden, is op gronden van onderwijskundige aard deze onderscheiding in segment- en stoorveldtherapie nog steeds streng aangehouden. Doch ook hier betekent kunstmatige onderscheiding niet, dat er in de werkelijkheid van het leven sprake is van een scheiding. Het is nu juist onze Belgisch-Nederlandse neuraaltherapeutische vereniging geweest, die vanaf haar officiële oprichting (1980) de ontwikkelingen en kennis rondom het BBRS als fundament voor de neuraaltherapie heeft genomen.

Stoorveld, gestoord lokaal areaal, gestoord segment, gestoord

kwadrant, of gestoord deelstuk van het vegetatief systeem, zij bestaan steeds in relatie met het gehele BBRS, dat werkzaam is in ons hele lichaam en in ons hele mens-zijn. Dit grondstelsel onderhoudt als open stelsel ook zijn uitwisseling met alle natuur en techniek rondom ons, waarvan we ons ook nooit geheel kunnen losmaken.

Wij zijn kinderen van onze tijd en we kunnen niet meer helemaal terug naar vroeger. Het grondstelsel is al of niet met die natuur en techniek in harmonie. Alle 'umstimmende' of sensibiliserende factoren moeten bij een behandeling van een patiënt steeds mede in het oog worden gehouden en neuraaltherapie kan daarom niet altijd op zichzelf staan. Trouwens, ook in de neuraaltherapeutische praktijk geldt nog wel eens, dat men bepaalde (in de regel segmentgebonden) ziektebeelden alleen symptomatisch aan het behandelen is. Je behandelt als arts de patiënt dan wel aan de lichamelijke fundamente van zijn ziekte, maar een van de belangrijke oorzakelijke factoren neemt de patiënt zelf niet weg. En juist deze factor betekent een belangrijke heelmakingsfactor voor de patiënt zelf. Ik ga hier verder niet in op de veelomvattende taak en mogelijkheden, die het artsberoep mijns inziens inhoudt, een taak die overigens het best tot haar recht kan komen in samenwerking met andere deskundigen.

Zoals die taak tot nu toe vaak wordt opgevat betekent het dat een arts meestal geen advies geeft omtrent die belangrijke oorzakelijke factor. Ook hierbij moeten we echter goed begrijpen, dat het monocausale denken in de geneeskunde, dat kenmerkend is voor het mechanistische tijdperk, beslist voor de meeste ziektebeelden waar de artsen tegenwoordig mee te maken krijgen niet voldoet. Inderdaad is een bepaalde oorzakelijke factor soms zo belangrijk dat, als men deze aanpakt of wegneemt, de ziekte dan snel haar gezondheidstendens instelt. Ook bij een ernstig ontstekingsproces zal een goed gedoseerde Penicilline therapie in de regel de belangrijke factor zijn, die maakt dat het actieve ontstekingsproces door het lichaam onder de knie kan worden gekregen, waarna het lichaam zelf dan voor zijn genezing zorgt.

Op deze fundamente van de zelfgenezingstendens van het lichaam en de mens is ook de natuurgeneeswijze gegrondvest.

Wat ik wil zeggen is, dat wij alle ziekten moeten zien in een totale context waarbij multicausale factoren een rol spelen. Een belangrijke oorzakelijke factor is dan dikwijls in staat om het lichaam, en de mens, te brengen in de harmonie die gezondheid heet.

We hadden het over de behandeling op neuraaltherapeutische wijze van een patiënt met een ziektebeeld, die weliswaar symptomatisch een goed resultaat bleek te geven, doch waar de behandeling van de patiënt in zijn oergrond, oorzakelijk, nog verder doorgevoerd zou moeten worden. Ik zal hiertoe een voorbeeld uit de alledaagse praktijk geven, dat meteen het belang van de bewustwording van de mens en van de kennis van de menselijke geest onderstreept. U ziet dat we nu ook direct midden in de geneeskundige praktijk zitten.

Een patiënt met recidiverende hardnekkige maag- en bovenbuikklachten komt op het spreekuur en vertelt dat hij bij medicamenten tegen deze klachten geen baat vindt. Ook zijn er geen indicaties voor operatie, en psychisch lijkt hij een evenwichtig mens te zijn. Neuraaltherapeutische segmentbehandeling in het bovenbuikgebied met tussenpozen van drie maanden tot één jaar helpt bij deze patiënt gedurende tien jaren steeds prima. Hij is hiermee jarenlang vrijwel direct weer opgeknapt. Hij hoeft dan geen geneesmiddelen meer te slikken, voelt zich weer fit, etc. Zoiets is met de kennis van de neuraaltherapie geheel begrijpelijk. De injectie ter plekke van het regulerende vegetatieve systeem heeft weer harmonie gebracht in de zenuwverzorging van dat orgaansysteem (zoals de reguliere medicus dit uitdrukt) of het brengt de energieën en de informatie van dat orgaansysteem weer in balans (zoals de alternatieve medicus zich uitdrukt). Toch blijkt achteraf dat ook deze behandeling eigenlijk dweilen met de kraan open is, namelijk wanneer we van de patiënt uiteindelijk te horen krijgen, dat hij bepaalde natuurgegevenheden, bepaalde natuurwetten niet in acht neemt. Bijvoorbeeld als hij teveel voedsel, kwalitatief slecht voedsel, individueel niet goed te verteren voedsel gebruikt, of sterk onregelmatig eet, of dat hij zich psychisch in dysbalans laat brengen of is. Naderhand raakt dan het regulatiesysteem weer van slag en krijgt die patiënt misschien op-

nieuw dezelfde klachten. Dat die patiënt dan weer zijn klachten terugkrijgt ligt niet aan de alternatieve methode van behandeling. Zoiets kan overigens ook gelden voor behandeling volgens reguliere methodieken.

Het ligt aan de patiënt én aan de dokter. Beiden krijgen namelijk in het verloop van de evolutie als mens informatie over de orde die in de natuur heerst en welke orde (coherentie) in acht genomen moet worden. Zoiets is steeds een leerproces. Ik hoef op deze plaats niet uit te wijden over zaken als karma en reïncarnatie. Duidelijk moet zijn dat ook metafysica, filosofie en theologie vroeger met de wetenschap en zeker ook met de geneeskunde verbonden waren, en dat we in de geneeskunde van de toekomst met al deze aspecten ook weer rekening zullen moeten gaan houden.

Holistische geneeskunde betekent dus ook dat neuraaltherapie slechts deel uitmaakt van een geheel van menselijke en medische aanpak. Mijn ontwikkeling als behandelend arts in de huisartspraktijk en vervolgens in een biologisch gerichte praktijk, waarbij ik me vooral bezig hield met neuraaltherapie, zuurstof-ozontherapie en natuurgeneeskunde in haar moderne omvang, heeft steeds meer laten zien, dat dikwijls de ene therapie en raadgeving nodig was naast de andere.

Daarom heeft iedere arts naast zijn roeping, die er toch steeds moet zijn, een combinatie nodig van reguliere kundigheden en specialisaties en later ook hopelijk van kundigheid van onorthodoxe geneesmethoden. Deze laatste combinatie van geneesmethoden noem ik wel eens bij elkaar het eigen bio-elementaire-combinatie-therapeutisch pakket van elke arts. Het woord 'bio' gebruik ik omdat de aanpak zich met bios (het leven) in optimale verhouding moet plaatsen en 'elementair' omdat steeds meer blijkt, dat de biofysica, met name de kwantumfysica, de dimensie is, waar deze fundamentele informatie- en energieprocessen zich in ons lichaam lijken af te spelen. Niet alleen ikzelf heb de neuraaltherapie steeds, indien nodig, ingezet als belangrijk puzzelstuk bij een samen met de patiënt op te lossen (puzzel)ziektebeeld, nagenoeg alle oprichters en leden van onze Belgisch-Nederlandse neuraaltherapeutische vereniging zien het zo. Neuraaltherapie is slechts een onderdeel, zij het dan een zeer belangrijk onderdeel.

Daarom ook is onze vereniging nooit sectarisch geweest en kan ze het niet meer worden. Daarom kan nu ook langzaam het nog sterk besloten karakter van onze groep opgeheven worden (het was een beslissing van onszelf om in de aanvang als zodanig te handelen). Tijd en omstandigheden brengen thans met zich mee dat we met een gerust hart alles naar buiten kunnen brengen. We waren als het ware de graalhoeders voor de neuraaltherapie, in onze Nederlandstalige landen. Nu is de tijd rijp om vele geneeskundigen kennis te laten maken met de vele goede en nieuwe ideeën die met de neuraaltherapie in verband staan. Voor mijzelf is het primair de weg geweest om tot holistische geneeskunde te komen. Voor anderen is ze secundair noodzakelijk gebleken om in te lassen in hun concept over totaliteitsgeneeskunde en de praktijk daarvan. In feite is thans in ons tijdperk een exoterische periode aangebroken, niet alleen voor de neuraaltherapie en ook niet alleen voor de geneeskunde, doch voor vele soms tot op heden nog geheim en verborgen aandoende facetten van het leven en de opvatting hierover op alle terreinen des levens. Ik wil hier nog aan toevoegen, dat wij als Nederlands-Belgische Vereniging voor Neuraaltherapie met klem bepaalde zuiver neuraaltherapeutische zaken in dit nieuwe licht naar buiten hebben gebracht. Deze nieuwetijdse zaken hebben wij verkondigd aan onze neuraaltherapeutische collega's over de gehele wereld. Begin 1987 waren er zo'n 2000 vakbroeders ingeschreven bij de Internationale Neuraaltherapeutische Vereniging, verdeeld over zeker 35 landen, niet alleen in Europa, maar ook in Noord- en Midden-Amerika en Canada. Bovendien is het aantal niet ingeschreven neuraaltherapeutische artsen waarschijnlijk wel het tienvoud daarvan.

Wij hebben in woord en geschrift twee dingen voorop gesteld:

1. dat meestal bij de behandeling van een patiënt, die toegankelijk is voor neuraaltherapeutische therapie, stoorvelden en segment te zamen moeten worden behandeld;
2. dat er ook dikwijls een interactie van stoorvelden bestaat, dat ook dan de behandeling van al deze stoorvelden noodzakelijk is, en dat dit meestal ook nog gepaard gaat met een segmenttherapie.

Natuurlijk moeten wij dan voor wat betreft de terminologie nog steeds staan op die van de Huneke zelf. Het begrip Huneke-stoorveld heeft dus aHeen recht van bestaan als alle criteria, die Huneke zelf opstelde, voorhanden zijn; alleen dan kan men van een klassiek neuropsychiatrisch stoorveld spreken. Maar de nieuwe neuropsychiatrische opvattingen, waarvan ik een belangrijk deel in dit boek heb verwoord, waren in ieder geval heel belangrijk om in de bestaande neuropsychiatrische therapie in te brengen. We konden overigens deze nieuwe opvattingen binnen brengen zonder de waardevolle definitie uit de praktijk van Ferdinand en Walter Huneke te laten vallen. U begrijpt wel, dat ik in dit geschrift over neuropsychiatrische therapie misschien voor de praktijk van u als patiënt of voor u als arts, die wat meer praktische informatie wil hebben over de neuropsychiatrische therapie, over meerdere zaken soms heb uitgeweid. Misschien heeft dit uw speciale interesse niet zo direct maar, ik kom hier niet onderuit en ik wil dat eigenlijk ook niet, want ik beschouw het als een stuk levenstaak om de neuropsychiatrische therapie in het algemeen die plaats te geven die ze verdient en vervolgens om er zorg voor te dragen, dat de toepassing van de neuropsychiatrische therapie in Nederland in de toekomst 'lege artis' (volgens de regels der (medische) Kunst) geschiedt. Dit is zowel in het belang van de patiënt als van de methode alsook uiteindelijk van de arts, die haar beoefent. Bovendien is het voor de geschiedenis van de klinische en wetenschappelijke ontwikkelingen, en zo ook voor die van de neuropsychiatrische therapie zelf, steeds van belang om gedocumenteerde gegevens in het verloop van een medisch-therapeutische ontwikkeling te hebben teneinde een oordeel over iets te kunnen vormen. Dit geldt niet alleen voor de mensen die thans leven, maar ook voor diegenen die na ons komen. Vandaar nogmaals, dat er meer in dit boek over neuropsychiatrische therapie en BPRS oeschreven staat dan waar iedereen individueel belangstelling voor heeft.

Het is mijn bedoeling in dit hoofdstuk van de neuropsychiatrische praktijk enkele ziektegevallen te bespreken die ondergebracht kunnen worden in de hierboven beschreven categorieën: 1. segmenttherapie; 2. stoorveldtherapie en 3. interactie van stoorvelden en gecombineerde stoorveld- en segmentbehandeling.

1. Segmenttherapie

We kennen eigenlijk drie mogelijkheden van segmentale beïnvloeding.

1. De procaïne direct op de *plaats van het pijngevoel*. Bij pijnlijke storingen van en in het gebied van spieren, pezen, botten, gewrichten of zenuwen is de gerichte procaïne-injectie evenzeer werkzaam als bij kneuzingen, schaafwonden, littekenpijnen en traumatische laesies van welke aard dan ook.

2. *Para-vertebrale procaïne-injecties* ter behandeling van (pijnlijke) gebieden of gestoorde organen binnen het desbetreffende lichaamssegment.

Dit kan variëren van intracutane (tussen de huidlagen in, dus in de huid) kwaddels, die zo'n 2 tot 3 cm links en rechts naast het doornuitsteeksel van de wervelkolom gezet worden, tot diepere injecties ter plaatse van de wervelkolom en aan de uittredeplaatsen van de verschillende zenuwen, alsmede aan het perioost van doornuitsteeksels of andere uitsteeksels en aan de wervels zelf.

3. De procaïne-injecties ter plekke van het sympathische zenuwstelsel en zijn *ganglia* (zenuwknooppunten), zoals daar zijn het ganglion stellatum, gasseri, sfeno-pallatinum, cervicale superior, en cervicale-mediale, lumbale grensstreng, abdominale grensstreng etc. Voor de leek wellicht wat ongewone benamingen, doch het betreft hier allemaal belangrijke zenuwknooppunten van het sympathische zenuwstelsel. Zoals u wellicht reeds weet, zijn deze centra vooral rechts en links langs het verloop van de wervelkolom gelegen. Het zijn zeer vitale energie- en informatiecentra van het menselijk lichaam. Een voorbeeld van segmentbehandeling is een behandeling die ik vroeger in mijn huisartsenpraktijk reeds veelvuldig heb toegepast bij patiënten, lijdende aan herpes zoster (gordelroos). Zo'n patiënt ziet de reguliere arts ook geregeld in zijn praktijk. De behandeling bestaat hier in het zetten van enkele paravertebrale kwaddels langs de wervelkolom. U zult aan de patiënt merken, dat hij hiervan direct en blijvend baat ondervindt. Bij een serie behandelingen, desnoods op opeenvolgende dagen, zult u merken dat de patiënt hier zeer mee geholpen wordt. Ook hier geldt dat men het liefst zo snel mogelijk met deze be-

handeling moet beginnen, omdat ook anders dit proces snel autonoom wordt.

Overigens kan zelfs lang nadat de herpes is ontstaan en deze nog steeds veel pijn veroorzaakt een behandeling zoals boven beschreven dikwijls onverwacht goed, doeltreffend en blijvend helpen. Een ander voorbeeld van segmentbehandeling is de behandeling van de klachten van maag en darmen. Het maakt in de regel met zoveel uit of het nu de maag zelf, de gal of de verterings-systemen van de alveesklier of de lever betreft, alhoewel hiervoor ook precies omschreven technieken bestaan. Ook deze orgaansystemen overlappen elkaar echter. Natuurlijk zie ik deze patiënten, op het ogenblik in mijn biologische praktijk, niet meer met het min of meer acute beeld, maar meestal met chronische en/of therapeutische klachten hiervan. Vroeger in mijn huisartsenpraktijk met haar eerstelijns geneeskunde en acute klachten heb ik vele malen zoals hieronder beschreven therapeutisch gehandeld.

Een segmentale neuraaltherapeutische behandeling, bestaande uit een kleine kwaddel, die men zet ongeveer 2 tot 3 cm onder de processus xiphoideus, waar doorheen men met een iets dikkere naald naderhand tot in de diepte op circa 2 a 3 cm nog een beetje iokaalanestheticum naspuut, geeft hier dikwijls al verbetering.

Meestal zetten we hierbij echter tegelijkertijd een paar kwaddels op de zogenaamde punten van Vogler (inkepinkjes op bepaalde plaatsen aan het periost in het midden van de onderste ribbeboog links en rechts), welke punten zeer gevoelig zijn en kennelijk iets te maken hebben met het zenuwstelsel, dat verantwoordelijk is voor de verzorging van voornoemde spijsverteringsorganen.

Verder is het in de neuraaltherapie altijd zo, dat de mens zowel een voorkant als een achterkant heeft, en dat men hem daarom ook altijd het beste vanuit dat geheel, dus zowel aan de voorkant als aan de achterkant, kan behandelen. Net als de acupunctuurpunten, die wij al vanuit een 5000 jaar oude Chinese beschaving kennen, zijn deze neuraaltherapeutische behandelingspunten ervaringspunten en kennelijk punten van bepaalde soorten radarsystemen, waarmee informatie vanuit de buiten-

wereld van de patiënt wordt opgenomen en waardoor aan de andere kant de arts, die kennis en kunde heeft in de neuraaltherapie, ook harmoniserende regulatie bij de patiënt kan bewerkstelligen. Op deze manier overigens zijn voor segmenttherapie heel gemakkelijk alle punten en regulatiemogelijkheden te leren en daarna uit te proberen bij uw patiënt. Zelf heb ik zoals reeds vermeld in de beginjaren van mijn medische huisartsenpraktijk de neuraaltherapie al aangeleerd. Als ik in die beginjaren dikwijls nog 's avonds, 's nachts of tussen de praktijk door op spoedvisites moest gaan, zorgde ik er steeds voor dat ik alle mogelijke soorten injectiespuiten voor bepaalde spoedeisende ziektegevallen in mijn ampullenetui voorradig had. In de loop van de jaren is dit steeds minder geworden en uiteindelijk merkte ik dikwijls dat ik alleen maar mijn flacon met een lokaalanestheticum bij me had, natuurlijk met een bijbehorende injectiespuit en -naald.

Met dit universele therapeuticum en met de kennis en techniek van de neuraaltherapie kon ik als huisarts de meeste spoedeisende problemen bij mijn patiënten verwonderlijk goed aan. Ook wanneer er geen sprake was van chronische of telkens terugkerende hardnekkige klachten van bovenbuik, van hart, van urinewegen etc., maar van kennelijk acuut optredende klachten, kon ik de patiënt die mijn hulp had ingeroepen helpen. Ik behandelde met segmenttherapie en verwonderde mij er in het begin van mijn loopbaan dikwijls over, als ik de volgende dag weer ging kijken, hoe mijn patiënt met de verwachte acute galblaasontsteking of bovenbuikproblematiek, of met het mogelijk dreigende hartprobleem het maakte. Opvallend was in de regel dat de therapie zodanig had geholpen, dat hij na een verkwikkende slaap volledig van zijn klachten af was en dat dit definitief ook zo bleef.

Vooraf deze eenvoudige maar belangrijke feiten in de neuraaltherapie zijn mijns inziens nog veel te weinig onder woorden gebracht in de gebruikelijke neuraaltherapeutische leerboeken.

In de regel zullen de artsen, die een keer ervaring hebben opgedaan met de boven beschreven successen, die door iedere arts te behalen zijn met slechts beginnerskennis in de neuraaltherapie, op den duur steeds moeilijkere gevallen gaan behandelen

en zal er zo een praktijkvoering ontstaan, die zich meer richt op een uitbreiding van vakkennis hieromtrent en op meer specialisatie op dit gebied. Zo ging het uiteindelijk ook bij mijzelf. Natuurlijk heb ik mijn eigen grote huisartsenpraktijk, die ik vanaf de grond zelf had opgebouwd, niet zomaar zonder pijn in mijn hart verlaten. Ik heb dat uiteindelijk gedaan op aandrang en op vraag van een bepaald soort patiënten, op aandrang van collega's en vrienden met wie ik rond de neuraaltherapie veel contact had gekregen, maar vooral natuurlijk omdat er innerlijk een gevoel in mij was gaan leven, dat een verdere ontwikkeling hierin mij als mens en als arts misschien goed zou kunnen doen. Er zijn natuurlijk allerhande combinaties mogelijk in deze therapie. Stel het geval, dat er een zeer hardnekkige herpes zoster aan het gezicht of oog bestaat, en ik met eenvoudige zogenaamde kwaddeltherapie en ook met diepere injecties geen resultaat bereik. Dan maak ik in dit geval gebruik van de vegetatieve regelcentrale van het gelaat, die als zenuwganglion in de diepte van de hals gelegen is, in dit geval het ganglion stellatum. Natuurlijk moet je je in zekere zin bekwamen in de moeilijkere technieken en moet je een specialist zijn, of geworden zijn, in de loop van vele jaren, voordat je deze moeilijkere technieken zelf kunt toepassen. Maar zelfs deze techniek is door iedere arts te leren, ook omdat binnen de neuraaltherapeutische wereld bijna gevaarloze, of tenminste gevaararme technieken tot ontwikkeling zijn gebracht. In dit geval worden bijvoorbeeld de gebruikelijke reguliere stellatum-inspuitingen niet meer door ons neuraaltherapeuten gebruikt, maar we hebben een bijzonder fraaie modificatie van een gangbare reguliere techniek, van Peter Dosch. Hierbij bestaat er geen gevaar, dat we met de naald in grote vaten of andere kwetsbare gebieden komen. Ik vertel u op deze plaats over mogelijke complicaties, die dus in feite alleen voorkomen bij therapeuten die in deze therapie niet voldoende geschoold zijn. Ook daarom hebben wij onze eigen Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie opgericht (1980). Eigen opleiding en voortdurende controle en begeleiding werden meer en meer noodzakelijk.

Iedere medische behandeling moet men altijd bekijken in de totale context. Dan geldt natuurlijk: wat is de indicatie en wat

is daarbij de verwachte werking en, daar tegenover: zijn er contra-indicaties en zijn er bijwerkingen etc.? Dat zijn zaken, die voor elke medicus gelden. Daarom is neuraaltherapie ook een therapie, die enkel en alleen door geëxamineerde artsen mag worden verricht. Ik kan u gerust stellen, dat complicaties-en dan nog heel lichte- in de neuraaltherapie zeer zelden voorkomen, en dat onverwachte moeilijkheden zich eigenlijk bijna nooit voordoen in onze praktijk; iets dat in een normale allopathische praktijk zeer waarschijnlijk veel vaker het geval is. Ik heb nu iets verteld over de segmentaire technieken bij bepaalde segmentaire klachten, en daarbij zowel iets opgemerkt over eenvoudige als over meer gespecialiseerde technieken. Ik stel u voor nu door te gaan met punt 2, de beschrijving van een behandeling van een eenvoudig stoorveld.

2. Neuraaltherapie stoorveldbehandeling

a. Galblaasklachten en en litteken als stoorveld

Een patiënt van 53 jaar had al vele jaren klachten over koliekachtige pijnen in zijn bovenbuik. In de regel kwamen die klachten in het begin niet zo dikwijls op, maar later werd dat steeds meer. Natuurlijk werd de galblaas hiervoor verantwoordelijk geacht en er werden foto's gemaakt, waaruit bleek dat die galblaas ontstoken was geweest en ook reeds vervormd was, al met al reden om deze eruit te halen. Ook hier ziet men weer, dat de orthodoxe geneeskunde de mens behandelt, alsof hij een mechanisme is en hij de apparatuur van de galblaas als het ware niet meer nodig heeft. Het lampje van de galblaas gaat als het ware branden en de therapie bestaat eruit het brandende lampje dan maar in zijn geheel weg te halen. Ik wil helemaal niet stellen dat zoiets dan eigenlijk geen geneeskunde is, want dat hangt te allen tijde af van de bijzondere omstandigheden rond deze specifieke patiënt. We behandelen niet een ziektegeval, maar een mens. Zoals u zich wel kunt indenken is het vaak onoverkomelijk dat men iets dat zo lang ontstoken is, en dat uiteindelijk tot vervorming van de galblaas heeft geleid, niet meer in de neuraaltherapie regulerend kan behandelen. Hoewel ik in die tijd nog niet zoveel wist van neuraaltherapie als nu,

heb ik toch totaal geen gevoel van onbehagen als ik vertel, dat mede op mijn eigen advies aan de patiënt de behandeling bestond uit het opereren en het verwijderen van die galblaas. Nog tijdens de ziekenhuisopname begonnen de klachten van deze patiënt echter opnieuw. Ook dit is in de geneeskunde overduidelijk bekend. Het wordt aangeduid met de fraaie benaming net 'postchole-cystectomiesyndroom'; een term, die in wezen geen ziekte-inhoud heeft, maar gewoon een aantal symptomen Beschrijft die op kunnen treden als de galblaas er al uit is. Ook nier weer een duidelijk voorbeeld, dat het vegetatieve zenuwstelsel zijn eigen beelden steeds zelf maakt en dat bepaalde patronen bij veel mensen tegelijk kunnen optreden. Vroeger wisten de praktizerende artsen al, dat de oorzaak van de niet adequate behandelbaarheid dan gelegen was in dat autonome zenuwstelsel, en ook dat deze beelden en deze klachten dan niet aan te pakken zijn met de reguliere therapie zoals operatie en medicamenten. Thans hebben we met de neuraaltherapie een geneesmethode bij uitstek bij de hand voor iedere algemene arts voor de behandeling (causaal!) van deze onbehandelbare ziekten van het vegetatieve zenuwstelsel. In dit geval heeft deze Patiënt er nog tamelijk lang thuis mee doorgelopen. Later bezocht hij meerdere specialisten en uiteindelijk kwam hij bij mij, zijn huisarts, terug met de kanttekening in de specialistenbrieven dat deze klachten vooral van psychische aard zouden zijn. Dit was misschien nog niet eens zover van de waarheid af, want het is best mogelijk dat zijn psychische constellatie veroorzaakte, dat daar ter plekke in het galblaasgebied zijn zenuwstelsel in dysfunctie was. Al deze overwegingen spelen natuurlijk een rol in de praktijk van een arts. Overigens zijn er theoretisch praktisch altijd verschillende verbanden te leggen, maar het is de vraag of deze verbanden echt wel allemaal oorzaakelijk zijn. Therapeutisch was deze patiënt met dat klachtenbeeld evenwel op geen enkele manier te helpen. Trouwens, hoe dikwijls komen we een analoge situatie niet tegen bij veel gelere ziekten in de huisartsenpraktijk? Ik zal u vertellen, wat ik met mijn patiënt besprak.

Ik stelde dat we samen (de patiënt en ik) de oorzaak in eerste instantie niet wisten, doch dat ik de neuraaltherapie hanteerde, niet alleen om therapie te bedrijven in de zin van beter maken,

maar ook om te kijken of er op die wijze geen verbetering c.q. genezing te bewerkstelligen zou zijn. Je kunt rustig stellen dat je met neuraaltherapie ongelooflijk nauwkeurige, goedkope en doeltreffende neuraaldagnostiek met behulp van neuraaltherapie in het segment, zoals ik hierboven al heb uitgelegd. Toen de segmentbehandeling van die maag-galblaas-streek hier evenwel ook geen uitkomst bood, moest ik gaan zoeken naar een stoorveld. Deze zoektocht naar stoorvelden in gebit, amandelen, prostaat en elders leverde niets op. Toen ik daarna pas de patiënt nog eens uitgebreid onderzocht, nadat hij zich helemaal uitgekleeft had - dit moet iedere beginner vanaf het begin doen, anders kan de samenhang nooit geleerd worden - vond ik bij deze patiënt aan zijn linkerenkel een klein litteken-tje, dat van een vroegere diepe zweer was overgebleven. Dit littekentje heb ik ten einde raad, omdat ik hier ook in uiterste nood aan toe gekomen was, ingespoten, en ik kan u vertellen, dat dit goed was. De bovenbuikkachten met de kolieken waren verdwenen, maar ook de hele spijsvertering van de patiënt was vanaf dat moment volledig in orde. Hij heeft vanaf die tijd altijd weer normaal kunnen eten en heeft geen medicijnen meer nodig gehad. Ik heb dus zelfs geen herhalingsinjectie meer hoeven te geven in dit gebied. Op die manier kunnen we soms zelfs operaties vermijden, zo begrijpen we nu ook achteraf uit dat ene ziektegeval.

Het is belangrijk - en dat heb ik eigenlijk ook al besproken in het voorafgaande - dat wij als arts er steeds zorg voor dragen, dat op het zogenaamde gebod van 'nil nocere', een van de uitroeptekens in de voorschriften van Hippocrates (het betekent: geen schade aan de patiënt toebrengen), uiterst gewetensvol wordt gelet. Dit betekent dat, wanneer we als artsen straks allemaal deze zaken in de geneeskunde leren kennen, we ook zullen begrijpen, dat deze behandeling voorrang kan hebben op een behandeling met medicijnen en soms zeker voorrang op een chirurgische ingreep. Aan de andere kant kunnen we ook met altijd zonder deze andere therapieën.

Iedere patiënt met iedere individuele ziektecasus heeft individueel geneeskundig maatwerk nodig. Dat werd in mijn huisartsenpraktijk toentertijd steeds duidelijker, ook naarmate ik

meer van de (biologische) geneeskunde en de neuuraaltherapie te weten kwam.

b. Het syndroom van Sudeck

Een vrouw, die zelf ook een verplegende taak had en 39 jaar jong was, kwam in de beginjaren van mijn neuuraaltherapeutische praktijk onder mijn behandeling. Zij had in een of ander tijdschrift wat gelezen over de neuuraaltherapie en over het verband tussen complicaties met lelijke fracturen en neuuraaltherapie. Er bleek sprake te zijn van een reeds verdergevoerd syndroom van Sudeck, dat gemakkelijk na fracturen en ongevallen optreedt. In dit geval betrof de aandoening een zogenaamde reflexdystrofie (een stoornis in het lichaamsweefsel, voornamelijk spierbanden, pezen, botten etc. ter plaatse van storing in de metabole processen ten gevolge van verkeerde vegetatieve besturing), die was opgetreden na een min of meer ernstige fractuur van haar linkerelleboog 13 maanden voorafgaand aan het consult bij mij. Ze had vanaf het 'genezen' van de fractuur ernstige pijn gehad, niet alleen ter plekke van de fractuur, maar ook in haar linkerarm en hele linkerschouder, die doortrok tot in haar hoofd. De spieren van de hand en onderarm waren min of meer uitgevallen en hand en vingers waren koud en iets blauwig en opgezwollen. De pijn was allerernstigst. Bij de geringste beweging trouwens deed alles nog veel meer pijn. De behandelend specialist had reeds korte tijd na de operatie tegen de patiënte gezegd dat die pijn waarschijnlijk nooit meer helemaal zou overgaan. Aangezien ze de diagnose zelf wist had ze dat overigens ook al kunnen nalezen in de medische encyclopedie. Ze wist dus, dat ze uiteindelijk met die kwaal moest leren leven en dat ze erin moest berusten, dat uiteindelijk de linker-bovenextremiteit, vingers, hand, arm en schouder, helemaal zouden verstijven en enorm pijnlijk zouden blijven, met nog andere klachten daarbij.

De patiënte werd door mij indertijd behandeld met injecties met procaïne op de plek van de breuk zelf en in de bijbehorende zenuwvertakkingen, om te proberen de ontregelde vegetatieve functies weer op gang te krijgen. U kunt zich indenken, dat die hele stofwisseling daar ter plekke van slag kan zijn als dat vegetatieve sturende systeem niet meer optimaal functio-

neert. Het is juist dat vegetatief sturende systeem, dat ervoor zorgt, dat bloedvaten, lymfevaten, klierorganen en andere kleine verzorgende elementen zo optimaal als mogelijk functioneren. We weten dat die zenuwvoorziening uiteindelijk van belang is voor het zeeffnetwerk van de celmembraam van iedere cel zelf. Is hierin een storing dan kan men begrijpen, dat de processen van doorbloeding, voeding, mineralisatie, kalkafzetting etcetera volledig gestoord zijn en dat dit uiteindelijk misschien nooit meer helemaal goed kan worden. Patiënte had uit eigen beweging overigens de röntgenfoto's meegebracht, waarop duidelijk de vlekkelijke ontkalking ter plekke van de beenbreuk en verderop in het bot te zien was. Een teken eigenlijk, dat al die processen, zoals we ze uit de fysiologie kennen, zich nu zodanig in een pathologisch proces manifesteerden, dat dit voor elke arts duidelijk zichtbaar is.

Overigens zijn er veel processen, waarbij in meerdere of mindere mate dergelijke, hoewel niet zo ernstige, klachten blijven bestaan na talloze traumata van allerlei aard, en waar weliswaar niets op de in dergelijke gevallen te grove diagnostische methodes zoals bijvoorbeeld die van röntgenfoto's te objectiveren is, maar waar de mens dan toch klachten blijft houden. Het is logisch om in analoge situaties ook analoge redeneringen toe te passen en te veronderstellen, dat dan dat vegetatief systeem nog niet helemaal genezen is of genezen kan (door welke oorzaak dan ook, meestal een stoorveld) en dat zo'n patiënt dan nabehandeld kan en moet worden, vooral met neuraaltherapie, want dat is dan ook weer meestal verreweg de beste methode.

In dit geval gaf ik de patiënte dus injecties op de plek van de breuk, op de zenuwvertakkingen in de buurt en tevens in het schoudergewricht dat pijnlijk was, alsmede op alle plaatsen, die binnen dat segment behandelbaar waren. Toen dat met echt hielp en ik inderdaad alles had gedaan, dus onder andere ook weer het ganglion stellatum aan die kant, was ik op het punt gekomen dat ik mijzelf de zinvolle vraag moest stellen of een segmentaire neuraaltherapeutische behandeling hier nog verder door moest gaan.

Ik moet zeggen, dat de patiënte al iets beter was geworden, maar helemaal over was het niet.

Toen moest ik natuurlijk ook, in dit geval, kijken of hier een stoorveld aan ten grondslag lag. Het stoorveld zou bijvoorbeeld latent aanwezig geweest kunnen zijn en door die breuk was op die manier geen optimale genezing tot stand gekomen. Bij de anamnese viel bij deze patiënte niets op, alleen vertelde ze dat op latere leeftijd voor de tweede keer haar amandelen geknipt waren, maar overigens kon ze zich daar niet veel van herinneren. Bij de inspectie in de mond zag ik geen opvallende tonsillenlittekens, iets dat je nog wel eens ziet als je toch een stoorveld ter plekke hebt. Bovendien kon de patiënte zich ook met herinneren veel last van haar amandelen gehad te hebben en ze had ook geen andere klachten in dit segmentgebied gehad. Ik behandelde desondanks die tonsillen, door het litteken van de tonsillenverwijderingsoperatie met wat procaïne te infiltreren. Wanneer er zo'n littekentje is, is dit overigens praktisch pijnloos. In dezelfde seconde dat ik de injecties aanbracht was de pijn uit de arm weg. Toen de patiënte enkele dagen later terugkwam, en de pijn toen slechts licht teruggekomen was, bleek ook al dat het aspect van de arm, van de hand en de vingers heel anders was geworden. Het was weer een meer normale hand en arm geworden, niet meer zo gezwollen wit en zo blauwachtig en de pijn ook bij aanraking was nog slechts minimaal. Ik heb vier keer met tussenruimte van een week een behandeling ingezet en daarna is deze regulatiestoornis volledig en blijvend verdwenen. Een van mijn eerste neuraaltherapeutische successen, waarbij een stoorveld in het geding was. Het was voor mij als huisarts indertijd meer dan voldoende ervaring, om mijn medische denkrichting verder te gaan uitbreiden. Hier was sprake van zowel een dystrofische regulatiestoornis van het vegetatieve zenuwstelsel als van een stoorveld, dat uiteindelijk verantwoordelijk was voor het optreden van een syndroom van Sudeck. Als alle reguliere artsen nu in ieder geval weten en onthouden dat het segmentaal behandelen, zóndig gecombineerd met het zoeken naar een stoorveld en het behandelen hiervan, deze ernstige vegetatieve ontregeling toch nog dikwijls tot volledige genezing kan brengen, dan is alleen al het instructieve voorbeeld van dit ene ziektebeeld van meer dan voldoende belang om deze mogelijkheid van succesvolle behandeling met deze therapie te leren kennen.

c. Een geval van gewrichtsreumatiek

Op een avond, tijdens een receptie van een van mijn vrienden, werd ik voorgesteld aan kennissen van deze vrienden. Deze mensen wilden nog die avond dringend met mij spreken, omdat ze van mijn vriend hadden gehoord over de soms opzienbarende genezingen, die ik met neuraaltherapie in mijn praktijk kon bereiken. Ik hoorde van hen dat hun zoon van 19 jaar, een topatleet, enkele maanden geleden getroffen was door wisselende ontstekingen met hoge koorts en pijnlijke en roodgezwollen gewrichten en dat de diagnose, zoals u inmiddels wel begrijpt, van de specialist acute reuma was. In die tijd had betrokkene volop medicijnen tegen deze reumatiek geslikt, maar niets hielp eigenlijk goed. Soms verdween na meerdere dagen de gewrichtsontsteking, een ontsteking waarbij ook de functie van het gewricht helemaal was uitgevallen, om dan op een gegeven moment weer helemaal opnieuw elders te beginnen. Soms kwam zij ook wel terug op de oude plaats.

De anamnese van deze jonge man, een reus en atleet van bijna twee meter, was eigenlijk blanco. Alleen was er bij hem in zijn jeugd jaren sprake geweest van de noodzaak van het knippen van de amandelen. Al deze gegevens kreeg ik die avond al van de ouders van de patiënt te horen. Die anamnese is niet alleen klassiek voor een neuraaltherapeut, doch ook voor elke arts, evenals voor de leek. We kennen namelijk de relatie keelontsteking en acute reuma. Meestal is de incubatietijd (de tijd tussen eerste aandoening en het uitbreken van het ermee samenhangend tweede ziektebeeld) enkele weken. Hier leek het anders. Ik liet de patiënt direct de volgende dag op mijn spreekuur komen. Hij werd door drie man mijn spreekkamer binnengedragen want hij kon zelf niet lopen. Behandeling van de amandelen gaf direct een secondenfenomeen. Dit betekende natuurlijk niet, dat de roodheid, de warmteafstraling, de gezwollenheid en de gestoorde functie van dat gewricht op dat moment allemaal ineens verdwenen waren, maar de echte pijn was wel weg, direct. Zoals met bijna alle neuraaltherapeutische behandelingen, waarbij men 'in de roos schiet', kun je dan zeggen, dat je als het ware het stoplicht van rood weer op groen hebt gezet. De patiënt geeft dat aan door te zeggen dat de pijn lichter wordt, dat het niet meer zo gespannen aanvoelt, etc.

Ook hier was het verdere verloop hetzelfde als bij andere patienten, waar bij het behandelen van het oorzakelijk stoorveld ineens, in dezelfde seconde, het eigenlijke genezingsproces ingezet wordt. We moeten eigenlijk zeggen: ingezet kan gaan worden, doordat nu de blokkade vanuit het stoorveld weggevallen is. Het verloop kenmerkt zich in zo'n geval veelal door zeer snelle, in ongeveer twee a drie dagen, optimale verbetering of genezing.

Ik heb enkele dagen daarna opnieuw de amandelen behandeld, hoewel de pijn toen nog niet veel ernstiger was teruggekomen.

Na een zevental behandelingen met steeds grotere tussenpozen heeft deze patiënt nooit meer last gehad, hij is nu nog steeds een groot sportman.

d. Een ander geval van gewrichtsreumatiek

Een vrouw van 46 jaar komt op mijn spreekuur met een pijnlijke ontsteking van een knie. Dit was niet, zoals het vooraf besproken ziektebeeld, een acute reuma, maar het was meer een knie, die wel eens acute opvlammende ontstekingsreacties te zien gaf op grond van een toch wel ernstige artrose. De knie was al enkele keren behandeld door huisarts en specialist. Naast het voorschrijven van een onderhoudsdosering van reumatabletten was er ook een aantal keren cortison in het gewricht gespoten. Ook deze persoon had een anamnese, die zeer verdacht was voor wat betreft oude ontstekingsprocessen aan de amandelen, die uiteindelijk op twintigjarige leeftijd verwijderd waren. Ik infiltreer in dat geval dan ook de littekens van de amandelen. (Zie figuur 10.)

Patiënte geeft niet aan, dat dit veel uitmaakt maar als zij een week later terugkomt, vertelt ze dat het toch wat beter is gegaan, maar dit had eigenlijk slechts een goede 24 uur geduurd. Ik spuit dan de amandellittekens opnieuw in en ook nu merkt ze er er niet veel van, maar als ze later terugkomt zegt ze, dat het toch weer wat beter is gegaan, laten we zeggen zo'n 50% beter, en dat het langer heeft geduurd, circa twee dagen. Als ze na een week terug komt en ik haar weer inspuit zegt ze, dat ze meent nu toch wat te voelen, dat het beter gaat direct na de inspuiting. Ze gaat weer weg en ook dan komt ze een week later terug met de opmerking dat het weer beter is gegaan en weer langer heeft

geduurd. Tegelijkertijd met de verbetering van haar subjectieve Machten verbeterden navenant ook de objectieve ziekte-kenen van het ontstekingsproces in de knie (zwellings, roodheid en gestoorde functie). Als ik voor de vierde keer inspuits is opeens het complete secondenfenomeen aanwezig, alle klachten zijn ineens voor 100% weg. Als ik dan nog twee keer nabehandeling is de patiënte voorgoed en blijvend genezen. Ik vertel dit verhaal expres naast het vorige om u te laten zien, hoe als het ware de medicamenteuze behandeling het stoorveld in een dusdanige conditie brengt, dat het niet als een klassiek secondenfenomeen kan schitteren. De eerste injecties hebben eigenlijk gediend om ter plekke het veld zodanig om te stemmen, dat bij de volgende injecties eindelijk toch het secondenfenomeen kon optreden.

e. Een vrouw met hevige rugpijn

Tijdens een korte paasvakantie in Spanje ongeveer acht jaar geleden, kom ik via vrienden van mij in contact met de burgemeester van het plaatsje waar ik mijn vakantieadres had. De vrienden blijken in de voorafgaande jaren hem al verhalen over mijn aanpak in de geneeskunde te hebben opgehangen. Daarom was het contact dat ik op dat moment met deze burgemeester kreeg, niet zo toevalig als u denkt en ikzelf toentertijd dacht.

Ik word dan in hun huis binnengeleid naar de vrouw van deze burgemeester, een 53-jarige vrouw die reeds jarenlang bijna dagelijks het bed moet houden en nauwelijks kan lopen wegens ernstige rugklachten en uitstralende pijn in beide benen. Diagnostisch is hier nooit wat gevonden in de zin van een hernia of iets anders. In een snelle ondervraging van patiënte en alle aanwezigen verneem ik al gauw, dat de klachten ongeveer een achttal jaren geleden zijn begonnen, toen de menopauze haar intrede deed. Ze had toen steeds wat onregelmatige menstruaties. Tijdens en rond de menstruaties waren de klachten in de regel wat erger en dat was in de loop van de volgende jaren ook steeds erger geworden. Op 48-jarige leeftijd was zij uiteindelijk ook nog geopereerd en was haar baarmoeder weggenomen en vanaf die tijd was ze praktisch voorgoed bedlegerig geworden. Aangezien ik mijn injectienaalden en procaïne niet bij me

had, werden voor mij, overigens zonder mijn receptuur en dergelijke, de benodigde procaïne en de spuit met injectienaald gehaald bij de overbuurman die apotheker in dat stadje was. Ik behandelde hier, zoals u wei begrijpt, het gestoorde vegetatieve zenuwstelsel in de onderbuik, de zogenaamde 'gynaecologische ruimte' zoals wij dat in de neuraaltherapie noemen. En jawel, de patiënte staat direct na de injectie op. Ze is volledig vrij van klachten en ze verwondert zich erover, dat zoiets kan bestaan. De volgende dag is er in die plaats een processie vanwege de Semana Santa (Heilige Week) voor het Paasfeest en toevallig sta ik hiernaar te kijken. Ik zie de vrouw in de processie meelopen. Deze patiënte is na deze ene injectie altijd goed gebleven. Op meerdere vakanties hierna (ook zomervakanties) heb ik steeds enthousiaste verhalen van haar en ook van vele mensen in haar nabijheid gehoord en heeft zij mij steeds haar dankbaarheid betuigd.

Ik kan u verzekeren, dat ik met dergelijke ziekteverhalen nog heel erg lang door kan gaan, en dat de verhalen voor u misschien nog fantastischer gaan worden of lijken. Geloof me, dit waren zomaar enkele leerzame voorbeelden vanuit mijn eigen neuraaltherapeutische praktijk.

In vroegere populaire boeken van Peter Dosch, die u in de literatuurlijst kunt terugvinden, kunt u nog veel meer voorbeelden vanuit zijn praktijk lezen. Neuraaltherapie en Peter Dosch is een even synonieme benaming geworden als neuraaltherapie en de gebroeders Huneke. Hij is niet alleen een groot arts maar is ook op zeer vele fronten een bijzonder mens en hij heeft met zijn bijzondere inzet de neuraaltherapie in haar ontwikkeling enorm vooruit geholpen. Natuurlijk heb ik in de loop van de jaren heel veel contact met hem, en ook met zijn drie zonen die eveneens zeer begaafde artsen en goede collegae zijn, gehad. Reeds enkele jaren geleden vroeg Peter Dosch mij om zijn Doek met nieuwe ontwikkelingen in de neuraaltherapie aan te vullen en het dan samen opnieuw op de markt te brengen. Tot nu toe is dat nog steeds blijven liggen, ook al omdat zoiets met afspraken gepaard moet gaan omtrent auteursrechten en dat ligt nogal moeilijk omdat dit alles vanuit het buitenland loopt. Waarschijnlijk is in ieder geval de bewerking van het boek van Peter Dosch de volgende stap die ik ten uitvoer wil brengen,

omdat een resumé van typische successen in de neuraaltherapie zeer leerzaam kan zijn zowel voor de behandelend arts als voor de leek, als tenminste juist op die didactiek ook de nadruk wordt gelegd. Voorlopig raad ik u echter aan te proberen een van zijn vroegere boeken te bemachtigen als u vooral over de praktijk van de neuraaltherapie nog meer wilt weten (zie literatuurlijst).

3. De interactie van de stoorvelden

Zoals ik u in het voorgaande reeds heb beloofd, zal ik u ook iets vertellen over veel moeilijker behandelbare gevallen met neuraaltherapie. Zelf ben ik er op een gegeven moment toe overgegaan hierover mededelingen te doen op het internationale congres in Freudenstadt en op het congres op de universiteit in Antwerpen in 1983.

Het was een van de eerste keren in de geschiedenis van de neuraaltherapie dat hier in het openbaar, tijdens congressen van de Neuraaltherapeutische Vereniging, internationaal en nationaal, melding werd gemaakt van interactie van stoorvelden, alsook van de therapeutische en praktische consequenties hiervan. Peter Dosch beschrijft in zijn leerboek alsmede in de populaire uitgave over de neuraaltherapie wel een geval van een patiënt, die drie verschillende ziekten heeft, die alle drie door een apart stoorveld worden veroorzaakt. Hij spreekt echte niet over de interacties, zoals ze achteraf gezien veelvuldig in de neuraaltherapie voorkomen, maar die tot op dit moment nog niet officieel beschreven waren. Een aantal van deze complexere problemen zal ik voor u beschrijven.

1. Patiënte mevr. M.S., geb. 17/7/1946. Op 6 februari 1979 komt deze patiënte in mijn praktijk. Uit haar dossier blijkt dat ze van 1972 tot 1976 regelmatig bij mij was geweest met rugklachten. De toenmalige behandeling met kwaddels ter hoogte van de lumbale wervels liet meestal direct of na enkele malen het gewenste resultaat zien. In 1974 klaagde ze ook over nervositeit en hartkloppingen. Omdat deze klachten voornamelijk optraden gedurende de menstruatie ging ik over op de behandeling van de schildklier en in het gynaecologisch gebied. Na

ongeveer acht behandelingen was ze weer helemaal beter en zonder rugklachten. De nu, sinds twee maanden, opnieuw ingetreden rugpijnen verergerden ondanks de vele therapieën van haar arts en specialisten.

Ben butazolidininjectie in de rechter musculus gluteus (bilspeer) veroorzaakt nu nog steeds hevige pijnen. Aangezien rugpijnen voornamelijk naar rechts uitstralen en er bovendien ook Pijn in de rechterbovenarm van de nek naar de rechterhand trekt, en gezien de hevige pijn in de rechterbil na een butazolidininjectie, ging ik naar een mogelijk stoorveld zoeken. Ik vermoedde dat dit wel eens in het gynaecologische areaal (de zgn. Flexus van Frankenhauser) zou kunnen liggen, hoewel een verdenking op dat stoorveld tot dan toe nog niet manifest naar buiten was getreden. Gelijktijdig probeerde ik uit de anamnese op te maken of er sprake was van ziekten, die verder ook nog zouden wijzen op een mogelijk stoorveld. De patiënte ontkende vroegere ziekten dienaangaande.

Omdat stoorvelden vaak gezocht moeten worden in het segmentale gebied van de klachten, maakte ik de patiënte duidelijk, dat ik het vermoeden had, dat ze vroeger iets moest hebben gehad dat verband hield met de keel, mond, oren of neusbijholten. Pas toen vertelde ze, dat ze vroeger toch een ernstige keelontsteking had gehad, maar een tonsillectomie had niet plaatsgevonden. Ook vertelde ze me een verhaal van een hoektandoperatie in de rechteronderkaak, op twintigjarige leeftijd, waarbij de tand, die verkeerd stond, door reïmplantatie gecorrigeerd werd. Deze operatie mislukte echter. Ze had verschrikkelijke pijn en een etterende wond na de operatie gehad. Met het oog daarop werd de tand gereëxtraheerd. Een verdere poging om de tand met behulp van een metalen stift de fixeren mislukte eveneens. Ze had indertijd zo verschrikkelijk veel pijn gehad, dat ze de kaakchirurg na tien dagen had gesmeekt de kunsttand met stift weer te verwijderen. Daaropvolgend had ze maandenlang keelklachten gehad, waarbij ook de submandibulaire (onderkaaks)lymfeklieren gezwollen waren. Therapie: de testinjectie in het gebied van de tonsilpolen en procaïne op de plaats waar de hoektand werd gecorrigeerd, zorgden ervoor, dat de klachten in de nek, schouder en arm geheel verdwenen. De rugklachten werden daarna echter iets

erger. Daarom gaf ik, zoals ik vroeger reeds had gedaan, een injectie in het gynaecologisch gebied. Nu was het secondenfenomeen compleet. Ook de rugklachten waren geheel verdwenen. Met drie nabehandelingen waren de klachten voor altijd de wereld uit geholpen, evenals een sinds een jaar bestaande fobie.

Ik vertel deze geschiedenis om drie redenen:

1. Om te laten zien, hoe verschikkelijk belangrijk een exacte anamnese voor het neuropsychologisch succes is. Aanvankelijk is men van mening dat secondenfenomenen niet zo vaak voorkomen en is men al gelukkig met een verbeteringseffect met behulp van de segmenttherapie en daarmee steit men zich dan ook tevreden. Het verdere verloop laat echter zien, dat bij chronische ziekten of bij herhaling van klachten een onvoldoende succes en eventueel een verslechtering kan optreden, wanneer men niet voldoende rekening met de anamnese houdt. Op grond van mijn ervaring vind ik het toch noodzakelijk naar meer stoorvelden te zoeken, zeker dan, wanneer de klachten steeds weer terugkeren of chronisch therapieresistent blijven.

Segmenttherapie en het zoeken naar stoorvelden horen meestal bij chronisch recidiverende of therapieresistente ziekten als tweelingen. Zo komt het vaak voor dat een stoorveld zijn bijbehorende segmentgebied conditioneert en dat dit in de zin van een latere, zogenaamde 'Zweitschlag' (tweede slag), negatief reageert. Zo blijft een stoorveld aanvankelijk zeer vaak inactief, omdat het door het organisme nog gecompenseerd kan worden. Het wordt pas actief, wanneer het organisme getroffen wordt door een tweede beschadiging, die het (energetisch) niet meer kan compenseren.

2. Omdat in het voorbeeld sprake was van een psychische verandering, welke in dit geval te duiden was als een gevolg van een stoorveldwerking. In zulke gevallen worden psychische syndromen vaak secundair opgewekt, tegelijk met de door het stoorveld veroorzaakte therapieresistente pijn- en ziekte-toestand van het lichaam zelf.

Wanneer deze somatische (lichamelijke) ziekten verdwenen zijn, door het opheffen van het stoorveld, verdwijnt daarmee automatisch ook het psychische syndroom. Dit mag

men niet verwarren of verwisselen met psychogene ziekten waarbij een psychische irritatie primair de somatische klachten veroorzaakt. In dit laatste geval is de psychische irritatie te duiden als stoorveld voor de somatische klachten, men kan hier dan niet volstaan met een somatische behandeling. In zulke gevallen is primair psychotherapie vereist. Zij zou ook als 'psychisch stoorveld' de gehele neuropsychotherapie kunnen blokkeren, op eenzelfde manier als (ook) een somatisch stoorveld dit kan doen.

3. Omdat elke prikkel en elke ziekte onmogelijk volledig verwerkt kunnen worden en kunnen genezen, wanneer daaraan voorafgaand reeds stoorvelden aanwezig waren. Therapeutische maatregelen van de conventionele geneeskunde kunnen zelfs verslechtering, ook van therapeutische ingrepen, oproepen. Dit wordt duidelijk gemaakt door de butazoline-injectie bij de patiënte, waarbij ten gevolge van de reeds vooraf bestaande geconditioneerde homolaterale rechterzijde het butazoline niet geheel geresorbeerd kon worden en tot een chronische ontsteking leidde.

2. Patiënte mej. D. uit B., geb. 19/3/1958. Eerste consult op 20/11/81 vanwege hevige hoofdpijn. Behandeld in het ziekenhuis van eind september tot midden november, zonder resultaat. De hoofdpijn, die gepaard ging met braken, bleef therapie-resistent. De patiënte dacht dat ze de klachten had, vanaf de tijd dat ze met de pil begonnen was, drie jaar geleden. Weliswaar heeft ze het gebruik van de pil achterwege gelaten, er is evenwel nauwelijks een verbetering opgetreden.

Wanneer ik dieper in de anamnese graaf, blijkt, dat deze hoofdpijn gedeeltelijk reeds voor het gebruik van de pil bestond, destijds echter met grotere tussenpozen. Een 'explosie' zoals ze het placht te noemen, kwam toen maar één keer per halfjaar voor. Bovendien had ze al hoofdpijn vanaf haar elfde levensjaar. Van haar elfde tot achttiende jaar had ze vanwege een verstoord EEG (1969) tegretol gekregen, maar vanaf 1976 kon men deze veranderingen in het EEG niet meer vaststellen. Toch was de meestal drukkende hoofdpijn sinds 1969 niet verdwenen. Bovendien gaf ze te kennen nog een ander soort hoofdpijn te hebben, die zowel links als rechts voorkwam. De-

ze hoofdpijn was na het stoppen met de pil wel verdwenen. Om het nog erger te maken gaf ze aan nóg een ander soort hoofdpijn te hebben, die zich meer in het achterhoofd aan de linkerzijde bevond en soms verder uitstraalde tot in de linkerarm en in de linkerduim. Dit laatste soms ook rechts, maar dan beduidend zwakker. Ze kan niet aangeven wanneer deze laatste soort hoofdpijn is begonnen. De anamnese laat verder zien: in 1975 bij een verkeersongeluk een gecompliceerde onderbeenfractuur rechts, die door een osteosynthese met behulp van een plaat gecorrigeerd werd, welke plaat vervolgens in 1977 werd verwijderd. Ze heeft geen last meer ter plekke, hoewel het litteken soms weergevoelig is. Een vermoeden van het bestaan van andere stoorvelden kan anamnestic niet hard gemaakt worden. Na het begin van mijn neuraaltherapie in het gynaecologische gebied, samen met de schildklier, geeft ze aan, dat er in haar hoofdpijn iets duidelijk veranderd is, ze kan dit niet nader omschrijven. Daarna behandel ik het litteken aan het rechteronderbeen, waarna ze heel snel zonder klachten is. Ze kan zich niet herinneren, dat ze zich ooit zo goed heeft gevoeld in haar hoofd. Nadat we een tijdje hebben gepraat vertelt ze opeens, dat een litteken op haar achterhoofd links jeukt en ze vertelt, dat ze in de anamnese vergeten was, dat bij het desbetreffende verkeersongeluk ook een kleine wond aan haar hoofd gehecht moest worden. Ze had daar verder niets meer van gevoeld en ze was dit zodoende vergeten te vertellen. Ik vermoedde dat dit een tweede stoorveld zou zijn, dat verantwoordelijk bleek te zijn voor de hoofdpijn links occipitaal met uitstraling tot in de duimen. Ik injecteerde ook dit litteken en vervolgens verliet de patiënte mijn praktijk zonder klachten. Na een week kwam ze terug en verklaarde dat ze zich in geen tijden zo goed had gevoeld. Geheel zonder klachten was ze echter niet geweest. Ze gaf aan, dat ze na dertig uur een migraine-aanval had gehad en sinds twee dagen een beetje hoofdpijn. Ook had ze weer een onbestemd krampgevoel in haar kaken gekregen, iets dat ze sinds lange tijd niet meer had gehad. Bij de poging een herhalingsinjectie op het litteken op het achterhoofd toe te dienen, ontdek ik een tweede litteken ernaast. Als ik vraag waarom zij mij daarvan niets heeft verteld, kan ze zich opeens weer herinneren, dat ze ook een hoofdwond heeft op-

gelopen toen ze zes jaar oud was. Wanneer ik over de wond strijk, geeft ze te kennen dat deze erg gevoelig is. Deze keer geef ik een injectie in dit kleine litteken. Weer zijn alle symptomen verdwenen, ook de kaakkrimp.

Hieruit concludeerde ik dat dit kleine litteken uit 1964 waarschijnlijk de primaire oorzaak vormde van de labilisering links en tevens als dominant stoorveld gezien diende te worden voor de hoofdpijn in haar achterhoofd die ze sinds haar vroege jeugd had. Het litteken van het verkeersongeluk heeft dan waarschijnlijk dat eerste litteken geactiveerd, als een zogenaamde 'tweede slag' ('Zweitschlag', volgens Speransky). Bij de derde behandeling, drie weken later, geeft ze te kennen maar een enkele keer migraine-achtige klachten te hebben gehad, in mindere mate en zonder een echte aanval. Ik behandel vervolgens alle drie de littekens en ook de gynaecologische ruimte en de schildklier. Tot op heden heeft patiënte geen klachten meer. een voorbeeld van drie stoorvelden verantwoordelijk voor drie soorten hoofdpijn, die alle drie behandeld moesten worden, om het gehele hoofdpijnsyndroom te laten verdwijnen.

3. Patiënt de heer S. uit R., geb. 16/5/1946. De patiënt heeft sinds drie jaar in toenemende mate last van pijn in zijn rechterbeen, die uitstraalt tot in de rug en in de buik.

Anamnese: op de leeftijd van één jaar: tonsillectomie wegens chronisch recidiverende angina. Aanvang van de huidige klachten: vier jaar geleden na een klein ongelukje met judo. De rechterhiel deed toen gedurende lange tijd erge pijn. Men ziet geen littekens. Deze plaats is ook bij slecht weer soms erg pijnlijk. Ik injecteer daar ter plekke, waarop alle klachten geheel verdwijnen. Na twee weken komt hij terug omdat hij weer een beetje pijn voelt. Tot dan toe had hij zich erg goed gevoeld, ook voor wat betreft zijn stemming en zijn algemene conditie. Ik injecteer nog een keer op dezelfde plaats. Weer is de genezing perfect, maar reeds na een week komt hij terug met geringe klachten. Omdat een stoorveld een posttraumatische pijn-toestand of posttraumatische functiestoring zo kan beïnvloeden, omdat ze langer kan duren dan men op grond van de mate van het trauma zou verwachten, ga ik zoeken naar een stoorveld. Ik injecteer daarom bij het derde consult alleen het tonsilengebied. Daarmee verdwenen tot op heden al zijn klachten.

Dit voorbeeld toont demonstratief de wetmatigheid van de stoorveiden aan. Een litteken kan inactief blijven en door een 'Zweitschlag' op een dusdanige manier worden geactiveerd, dat het de omgeving van de 'Zweitschlag' niet volledig laat genezen. Deze omgeving was dan reeds voorafgaand aan het tweede trauma door dit stoorveld geconditioneerd voor een eventuele therapieresistentie.

4. Patiënt de heer De V. uit S., geb. 1/3/1925. De patiënt komt op 22/6/1982 voor de eerste keer op mijn spreekuur. Mijn eerste indruk was: hier komt een chorea-patiënt. Hij vertelt, dat hij sinds een buikoperatie vijftien jaar geleden aan dit merkwaardige ziektebeeld leed, dat in de academische ziekenhuizen als een behoorlijk erge, doch aspecifieke vorm van de ziekte van Huntington was beschreven.

De klachten waren aanvankelijk periodiek van aard, maar werden steeds erger. Anamnese: op zesjarige leeftijd een verwonding aan het gehemelte. Hiervan is een verdikking overgebleven. Veel littekens gedurende de schooltijd tussen zes en twaalf jaar. Op achtjarige leeftijd in een spijker getrapt, ontsteking aan de rechtersvoet. Op zestienjarige leeftijd difterie, op éérentwintigjarige leeftijd als dienstplichtig militair voor de tweede keer difterie, duur circa negen maanden. Daarna heelt hij zich nooit meer optimaal gevoeld. Met eenentwintig jaar een breuk van het middenvoetsbeentje, operatief gereponeerd. Met zesentwintig jaar hevige pijn in de rug en in de benen. Hij kon niet meer lopen of staan zonder pijn. Met zevenentwintig jaar ischiasachtige pijn, waarvoor hij verwezen werd naar het academisch ziekenhuis in Utrecht. Inspuitingen hebben niet geholpen. Met achtentwintig jaar ongeluk met voetballen, vier uur bewusteloos. Hij lag zes weken lang in het ziekenhuis en nog een aantal weken thuis. Verder nog: abces aan de hand, appendectomie, onderbuikoperatie wegens nierstenen, operatie wegens een tennisarm en wegens fissuur van de anus met daaropvolgende pijn aan de penis, 1978: halsslageroperatie. De genezing van de niersteenoperatie duurde niet zoals normaal veertien dagen, maar negen weken. Nadat hij het ziekbed had verlaten sleepte hij voor het eerst met zijn linkerbeen. Thuis verslechterde de situatie aanmerkelijk. Toen kreeg hij last van periodieke aanvallen, van klachten vooral

aan linkerbeen, waarvan men aannam dat ze een psychische oorzaak hadden, MS werd uitgesloten. Aan de universiteit kwam men tot de conclusie: psychische componenten en een aanzienlijke belasting van het zenuwstelsel. Bij een spierbiopsie werd een duidelijke pathologie gevonden. Grondige overwegingen waren noodzakelijk bij de hier vereiste neuraaltherapie.

De vragen waren: hoe werkt een stoorveld, hoe is het ziektebeeld mogelijk ontstaan, hoe werkt hier het aangeboren, of in later stadium verzwakte orgaan of orgaansysteem in een bepaald segment, en hoe functioneert een mogelijke interactie tussen verschillende stoorvelden? Ik behandelde ongeveer in dezelfde volgorde als waarin de gebeurtenissen zich hadden afgespeeld. Van het litteken aan het gehemelte had hij mij overigens pas op het laatst verteld. Na de injectie in dit litteken en tegelijkertijd aan de tonsillen en andere littekens, die me bij de eerste behandeling nog niet bekend waren, verdwijnen langzamerhand alle klachten die er nog waren: pijn in het hoofd, in de rugs in het achterhoofd, in de armen en andere onduidelijke klachten, die grotendeels van totaal andere aard waren. Ik heb deze patiënt daarna niet meer gezien, tot hij in een t.v.-uitzending in januari 1983 verscheen en voor het eerst via de t.v. het publiek op de hoogte bracht van zijn secondenfenomeengenezing. De patiënt voelt zich nog altijd voor wat betreft zijn lopen, zijn algehele conditie en ook zijn beweeglijkheid, fantastisch.

Hierbij is gebleken dat talrijke klachten telkens in samenhang stonden met meerdere littekens en met meerdere voorafgaande ziekteprocessen.

Ik kan ook nu nog een hele serie andere moeilijke neuraaltherapeutische ziektegevallen op papier zetten, die ik in de loop van de jaren heb meegemaakt en die ik ook al bij bepaalde gelegenheden als casuïstiek heb gepubliceerd. Zoals ik reeds in het begin van dit hoofdstuk over de praktijk van de neuraaltherapie heb gezegd, is het echter niet de bedoeling hier zomaar casuïstiek van de neuraaltherapie te brengen. Ik heb met opzet in het laatste onderdeel over de praktijk der neuraaltherapie nog relatief veel aandacht besteed aan iets moeilijker gevallen, om te laten zien dat effectieve neuraaltherapie thuishoort

in handen van een ervaren arts op dit gebied, wanneer het moeilijker gevallen betreft.

Verder kan men uit deze laatste ziektegeschiedenissen duidelijk distilleren, dat een exacte anamnese de belangrijkste basis dient te zijn voor elke neuraaltherapeutische aanpak. Ofschoon men in het begin van de neuraaltherapeutische praktijk al tevreden is met gedeeltelijke successen, die men in de conventionele geneeskunde overigens nog nooit als zodanig heeft gezien, ziet men veelal toch in de verdere ziektegeschiedenis, dat men tot op de bodem moet graven om alle stoorveldmogelijkheden op te sporen teneinde uiteindelijk het gewenste optimale neuraaltherapeutische succes te kunnen verkrijgen. Wel geven de patiënt en zijn organisme zelf veelal gedurende de neuraaltherapeutische behandeling de juiste koersrichting aan, doordat de desbetreffende nog niet geëffectueerde stoorvelden zich melden door opnieuw optredende pijnen of jeuk bij voorbeeld ter plekke van de littekens.

Mijn verhaal over dit soort interacties heeft u hopelijk van de realiteit van deze processen kunnen overtuigen. Inmiddels hebben we dergelijke interacties al objectief kunnen documenteren met behulp van de diagnostische meetmethoden aan het BBRs.

Het wachten is nu nog op een klinisch instituut en op een wetenschappelijke werkgroep om deze feiten uit de medische praktijk voorgoed onder ogen te brengen van de conventionele geneeskunde ten behoeve van de patiënten.

b. Diagnostiek in de neuraaltherapie

Tot voor kort - overigens doe ik het in mijn praktijk nog voor het grootste deel zo, omdat dit het goedkoopste is voor de patiënt die behandeld wordt - kon de vraag of iemand al of niet neuraaltherapeutisch te helpen zou zijn, alleen beantwoord worden door een bijzonder minutieuze anamnese en onderzoek van de patiënt. Dat zeer zorgvuldige onderzoek begrijpt u wel, want zelfs een patiënt kan een belangrijk litteken vergeten. Daarom kun je het beste toch, voor de voorzichtigheid, om die therapeutische kans niet om zeep te helpen, de patiënt

zelf nog eens beter onderzoeken, om te kijken of er toch niet een litteken verantwoordelijk voor de kwaal aanwezig zou kunnen zijn, dat de patiënt vergeten is.

Belangrijker in de neuraaltherapeutische praktijk is echter meestal de minutieuze anamnese. Het zijn meestal typische vragen die men moet stellen om inzicht te krijgen omtrent vegetatieve storingen van bepaalde organen en orgaansystemen. Intussen hebben wij neuraaltherapeuten voor artsen en patiënten een soort standaard-vragenlijst voor de neuraaltherapie laten maken. In mijn eigen praktijk gebruik ik hem meestal niet, omdat er dan een zeker aandeel van de natuurlijke spontaniteit verloren gaat. Het contact van dokter en patiënt is tussen mens en mens en de zuiverheid van de betrekkingen tussen hen levert voor diagnose en therapie het meest waardevolle op. Dit betekent echter niet dat die typische neuraaltherapeutische lijsten niet waardevol kunnen zijn, integendeel! Voor dat eerste gesprek moet in ieder geval altijd de nodige tijd worden genomen, omdat het in de neuraaltherapie nodig is om, als je kunt helpen en als je de roos wilt raken, steeds vanaf het eerste begin je geweer op de twaalf te richten. Zo zou ik het overdrachtelijk willen uitdrukken.

Neuraaltherapie is steeds een totaaltherapie: voor ons neuraaltherapeuten geldt steeds, dat de gehele mens ziek is. Daarom geldt dan ook, dat alle organen en orgaansystemen steeds bijzondere aandacht verdienen. Nu hebben de meeste patiënten, die op het ogenblik bij mij als gevestigd neuraaltherapeut ter behandeling komen, meestal al alle medische onderzoeken enz. bij allerlei specialismen gehad. Ik krijg dan meestal niet veel meer te horen dan de taal, die bij de diagnosestelling daar gebruikt is. Natuurlijk is dit voor mij niet eens zo moeilijk, want de patiënt is dan vooraf volledig, op vele fronten onderzocht en er is gebleken, dat andere therapieën niet aanslaan. In wezen is er dan voor mij in elk geval een grotere kans om een stoorveld te vinden dan wanneer er nog weinig of niets aan de betrokken patiënt is gedaan.

Die anamnese kan in ieder geval nog wel eens tijdrovend zijn en het is natuurlijk ook taak van de arts om met de patiënt mee te denken. Ervaring op dat gebied geeft natuurlijk in de loop van de tijd ook weer voor patiënt en arts veel tijdsbesparing. Er

zijn vragen die altijd terugkomen, namelijk of er ooit operaties hebben plaatsgevonden en zo ja, waar en wanneer; of er ooit ongevallen of fracturen zijn geweest, en zo ja, waar en wanneer. Tevens wordt gevraagd hoe het verloop is geweest en hoe in dat verloop bepaalde klachten gekomen, gebleven of gegaan zijn etc. Met een beetje ervaring krijg je als neuropsycholoog al gauw een idee van de rode draad die door zo'n ziekteverhaal loopt. Er zijn natuurlijk altijd bepaalde plaatsen, die als het ware predelictieplaatsen zijn om een stoorveld te vormen. Ik wil u op deze plaats geen complete anamneselijst voorschieten. Die zijn er overigens, zoals ik boven reeds vermeldde, wel en er zijn vele artsen die ze zelf voor hun eigen patiënten en voor hun eigen neuropsychologische praktijk hebben gemaakt. Ikzelf werk toch niet graag met uniforme lijsten, en ik vind dit eigenlijk ook gelden voor alle geneeskundige werk, omdat ziekte, gezondheid en ontwikkelingen hiertussen steeds heel individuele aangelegenheden zijn. Zo'n stortvloed van vragen brengt vind ik de patiënt meestal nog veel meer in verwarring, en eerlijk gezegd, in mijn eigen praktijk heb ik het altijd zonder dat goed gekund. Nu wij straks waarschijnlijk in een centrum voor geïntegreerde geneeskunde samen met reguliere specialisten en huisartsen en andere therapeuten in de reguliere gezondheidszorg, en tevens met wetenschappers gaan werken, is het natuurlijk wel nodig een zekere uniformiteit in anamnese aan te brengen. Dit brengt dan met zich mee, dat er voor arts en patiënten veel extra werk in de anamnesegegevens gaat zitten, doch in dit geval heeft deze manier van handelen alleen maar voordelen! Het hele medische handelen moet steeds bepaald worden binnen een bepaalde context en dan moeten er keuzes worden gemaakt.

Om de lezer niet helemaal in het ongewisse te laten stip ik kort enkele zaken aan, die voor een neuropsychologische anamnese van belang kunnen zijn. Als u meer direct betrokken op de praktijk bent kunt u dit ook nog nalezen in voornoemde populaire boeken van Peter Dosch (zie literatuurlijst).

1. Keel, amandelen

Zoals ik al gezegd heb, moet u altijd vragen of iemand veel last van zijn keel heeft gehad. Natuurlijk heeft iedereen wel eens

een angina ten gevolge van ontstoken amandelen gehad. Het amandelen zijn gepeld of geknipt, of hij wel eens difterie heeft gehad, of vaak en/of langdurig keeiontstekingen. Helpen medicijnen in de regel goed, of maar nauwelijks? Etc.

2. Gebit

Het is verder van belang te kijken naar het gebit. Zoals u weet hebben we in iedere kaakhelft twee snijtanden, een hoektand, twee valse kiezen en drie ware kiezen als tenminste onze verstandskies is uitgekomen. In totaal zitten erin de mond van een volwassene 28 of 32 elementen. Dit zijn op hun beurt allemaal mogelijkheden om ter plekke een stoorveld te hebben of te krijgen. Het feit dat de tandarts stelt, dat het gebit geen haarden heeft, wil voor ons neuraaltherapeuten niets zeggen. Het betekent niet dat er door mij op deze manier iets negatiefs over de kennis en kunde van de tandarts wordt gezegd. Ik zou echter graag willen, dat alle tandartsen weer meer artsen werden of mochten zijn, zoals vroeger in Oostenrijk: medische specialisten op het gebied van mond en kaak. Wij neuraaltherapeuten kijken behalve op de gewone manier ook nog anders naar de tanden en kiezen. Wij gaan er namelijk van uit, dat er een energetische storing in zo'n tandareaal (odondoom) kan bestaan. Zo'n stoornis is alleen met bepaalde nieuwe diagnostische methodes te evalueren, methodes die elders nog uitgebreid worden besproken.

De tandarts en de kaakspecialist gaan ervan uit, dat er pas iets verkeerd is aan een tand of tandwortel, als er een ontsteking of een soort woekering (granuloom) is te constateren. In ieder geval zeggen röntgenfoto's alleen of ook testen met behulp van reacties op warmte- en koudeprikkel bij negatieve uitkomst nog niet alles, en vooral niets over de vraag of hier mogelijk sprake is van een stoorveld. Ik heb natuurlijk als behandelend neuraaltherapeut in de loop der jaren al veel op dit gebied meegemaakt.

We kunnen niet stellen dat de tandarts niet goed is, als hij zo lang mogelijk probeert het gebit te behouden. Van de andere kant moeten we erkennen, dat het tot elke prijs in stand houden van iemands gebit dikwijls een verschrikkelijke kwelling

voor de patiënt kan worden. De zwelling ligt dan niet op het gebied van de tandarts, hoewel er plaatselijk toch soms wel (vage) klachten zijn. De klachten en de ziekten liggen evenwel meestal ver verwijderd van deze plaats in het gebit, doch worden er wel door veroorzaakt. Tandem die geïnfecteerd zijn geweest of chronisch ontstoken zijn en die ooit een zenuwbehandeling hebben gehad, kunnen uiteindelijk de oorzaak van allerlei ernstige en minder ernstige ziektebeelden zijn of worden. Ze werken jarenlang als het ware als een soort tijdbom, die ieder moment tot explosie kan komen wanneer de weerstand van de patiënt achteruit gaat. Dan gaan ze een ziekteproces op afstand onderhouden of beginnen.

Het is dikwijls verschrikkelijk moeilijk uit te maken of zo n tand of kies werkelijk gestoord is, of dat er ontstekingsprocessen in het bot onder de vroeger behandelde tand of kies zijn. Dit laatste schijnt trouwens steeds meer voor te komen en het lijkt erop dat dit nog niet eens als oorzaak de milieuvervuiling van voedsel en dergelijke heeft. Het feit dat de tanden tegenwoordig behandeld worden met turbineslijpers, die een dusdanig hoog toerental maken dat via warmteontwikkeling en geluidsgolven waarschijnlijk vegetatieve stoornissen in deze omhullende botten optreden, schijnt de meest waarschijnlijke verklaring te zijn. Deze theorieën zijn ontwikkeld door dr. R. Turk en dr. M. Glaser uit Bad Pyrmont. Zij hebben als praktisch bewijs hiervan duizenden pathologisch-anatomische preparaten die het feit van microscopische beschadigingen in de zin van een stoorveld vastleggen.

De laatste jaren heb ik persoonlijk veel contact gehad met de patholoog-anatoom, die vele van die duizenden microscopische gebitspreparaten heeft vervaardigd. De omvang alsmede het indrukwekkende van de vaktechnische bewijsvoering van dr. med. Fritz Riess uit het in de nabijheid van Bad Pyrmont gelegen centrale regionale ziekenhuis Hameln, een onderafdeling van het pathologisch-anatomisch instituut van de Universiteit van Hannover, zijn indrukwekkend.

Overigens staan wij beiden al enige tijd wetenschappelijk experimenteel met elkaar in verbinding in verband met onze gelijkgerichte opvattingen over de oorzaak van de ons inziens catastrofale omvang van de laesies (ziekelijke beschadigingen),

die aan het gebitsorgaan en zijn elementen doormiddel van de turbines met hun hoge toerental worden aangebracht. De incubatietijd is wisselend van lengte, doch het uiteindelijke resultaat is steeds hetzelfde en is bedroevend. De beschadiging leidt tot langzaam of snel doodgaan van de tand of kies. Ongetwijfeld zal bij potentiaalmetingen ter plekke in vivo, of zelfs na operatie in vitro vastgesteld kunnen worden, dat hier een toenemend depolarisatieproces in het stoorveldgebied plaatsvindt.

Zoals ik u reeds heb verteld, ben ik mede werkzaam in Vesta-Forschung-verband. Hier zijn we bezig met theorieën en proeven om geluidsgolven, die door geluidstrillingen veroorzaakt zijn, als universele energetische prikkel aan te wijzen, die fysiologisch en pathologisch in het leven in de natuur, dus ook in het menselijke organisme werkzaam zijn. Zoals ons, en mogelijk ook u, duidelijk aan het worden is, zal de energiegrootte van die geluidsgolven in energiekwanten geluid uitgedrukt moeten worden. Fononen noemen we deze kleine energiepakketjes in het geval van geluidskwanten: dit natuurlijk in navolging en analogie van de lichtgolven en hun fotonen. In het Westen experimenteert reeds jaren op dit speciale wetenschapsgebied professor Froelich uit Groot-Britannië, een uitblinker in de theoretische fysica. Hij is onlangs tachtig jaar oud geworden en zijn collegae en bewonderaars, waaronder ook de Nederlandse wetenschappers van het Utrechtse Transferpunt, hebben een boek samengesteld over dit bovenstaande belangrijke wetenschapsgebied. Vesta-Forschung onderhoudt ook goede contacten met zeer vergevorderde wetenschappers in de deeltjesfysica achter het IJzeren Gordijn, die overigens veel verder op dit terrein zijn dan wij kunnen bevroeden en kunnen weten.

Dr. Fritz Riess is vanuit zijn intensieve studies over het onderwerp: 'turbine-inwerkingen op het gebit met als gevolg lokale Pathologie aan tanden, kiezen en omgevend bot en van hieruit vervolgens algemene pathologische processen bij de mens (N.B. alleen bij de mens treedt dit veelal zo karakteristiek en veelvuldig op in de huidige tijd), ook tot de voorlopige conclusie gekomen, dat alleen geluidstrillingen en de energetische beschadigingen hierdoor de immense, dreigende en soms cata-

strofale nieuwe-tijdse ziekten en ook veranderingen aan het gebit het meest omvattend kunnen verklaren.

Dit is dan tegelijk weer een bewijs voor de waarschijnlijkheid van onze universele geluidsgolventheorie volgens Vesta-concept, waarover in een ander boek zal worden bericht. Alweer een lang intermezzo over een ander onderwerp dan de diagnostiek van de tanden en kiezen in verband met neuraaltherapie. Toch prefereer ikzelf dit zo te doen, omdat dan de relatie tussen de onderwerpen veel duidelijker is. Misschien passen hier de woorden van Shakespeare : 'Although it seems madness, there is system in it'.

We gaan nu verder met het gebit.

Ook een tandkast is een normaal orgaantje en ook daar kan elke ontsteking of beschadiging haar sporen in het zachte actieve bindweefsel achterlaten. Ook hier zien we, dat op een gegeven moment de bio-elektrische spanning niet meer optimaal is. De patiënten voelen dit soort klachten soms zelf ook, zonder dat de tandarts met de gebruikelijke methode iets kan vinden, maar heel dikwijls kan iets dergelijks ook aanwezig zijn, terwijl we in de regel in het dagelijkse spraakgebruik spreken van een 'stomme' tand of kies, dus totaal niets bemerken! In ieder geval kunnen tanden en beenderen rond de tandkast en velerlei andere problemen in het mond-kaakgebied oorzaak van een stoornis zijn. Hierop wordt door de arts die neuraaltherapie doet ook steeds gelet.

Natuurlijk kan hij hier niet direct met neuraaltherapie alleen wat aan doen, want meestal liggen de relaties in het gebit veel moeilijker dan elders in het lichaam. Ook kan dikwijls zelfs een tand of kies gestoord zijn en is deze op zijn beurt weer in interactie met meer stoornissen in het gebit zelf of in het lichaam, of is het lichaam in zijn geheel door velerlei andere oorzaken in een gesensibiliseerde toestand die eerst 'umgestimmt' moet worden. De behandeling zal er dan in ieder individueel geval heel anders uitzien dan men normaal zou denken: namelijk 'laat die tand of kies maar trekken!' Ook hier in Nederland hebben we de afgelopen jaren, met mensen die zich bezighouden met deze haarden in het gebit, veel bijgeleerd. Dr. C. van der Molen, dr. H. van Montfort en ikzelf en de tandartsen F. Nelissen en J. Thijssen hebben eigen haardteams gevormd. In

België zijn onze collegae op het ogenblik op dit haardgebied van het gebit in de (neuraaltherapeutische en biologische) praktijk eerlijk gezegd nog veel verder.

Het is hier ook weer de plaats om dat te vermelden, want dit praktische en theoretische medische specialisme in de haardleer zal een van de belangrijkste geneeskundige ontwikkelingen in de naaste toekomst laten zien.

In de afgelopen tien tot vijftien jaar heeft vooral de Belgische afdeling, destijds nog op eigen benen, de leer en de praktijk betreffende haarddiagnostiek en haardtherapie, ook vanuit internationaal oogpunt bekeken, op een kwalitatief hoog niveau gebracht. Artsen, tandartsen, patiënten en wetenschappers op velerlei fronten kunnen sindsdien met elkaar spreken. We bereiken al resultaten in hopeloze gevallen, waar we vroeger door complexiteit of door regulatiestarheid niets meer voor een patiënt konden doen. Alles draait echter nog in een experimenteel stadium. Iedere dag leren wij bij. Dat is niet maar zo'n loze uitdrukking, die overal te pas en te onpas wordt gebezigd, het is echt en letterlijk zo. Het geeft je vreugde om in je leven en in je werk ook eens deze dingen te kunnen zeggen. Want voor veel ziekten staat de arts van heden met de handen in het haar en de patiënt natuurlijk dientengevolge ook.

Niet alleen als erehulde, doch vooral ook uit hoofde van geschiedschrijving inzake neuraaltherapie, haardleer en BBRS, wil ik gaarne de namen van de Belgische grondleggers van de haardleer in de Nederlandstalige landen met naam noemen. Ik begin met de Belgische tandarts- en kaakspecialistensectie, niet omdat zij de eerste vonk in de Belgische HAARD-groep waren, maar vanwege hun onovertroffen geestdrift, voorbeeldige systematiek en vasthoudendheid om oude, vergeten ideeën nieuw leven in te blazen.

We vermelden eerst en vooral de broers tandartsen Frank en Walter Proot. Zij gingen als eersten in de leer bij dr. Turk, onmiddellijk gevolgd door Walter de Bonnaire. Deze laatste Het een aantal belangrijke homeopathische preparaten samenstellen die in de nazorg van de tandsanering zeer belangrijk zijn (nosoden). Samen met tandarts Luk Bas leidt hij binnen de A.I.G. de werkgroep biologische tandheelkunde. Vermelden we tot slot dr. Jean-Paul Daems, die als kaakchirurg de tand-

artsen met raad en daad bijstaat.

De geschiedenis van de Belgische Vereniging voor Neuraaltherapie werd reeds in de inleiding geschetst. Vermelden we hier toch nog even dat de primaire oervonk bijna dertig jaar lang (u leest het goed) bewaakt en onderhouden werd door de onovertroffen dr. Ferdinand Mertens uit Wezemaal, België. Zijn kwaliteiten als mens en als arts zijn allen die hem kennen door en door bekend. Zonder hem was de neuraaltherapie in België en in Nederland bij lange niet, wat zij nu reeds is.

Verdergaand met ons diagnostische zoeken naar stoorvelden in het gebit kunnen we het volgende stellen: er moeten nu toch heel wat diagnostische onderzoeken komen voordat we diagnostisch iets kunnen zeggen over stoorveldwerking in het gebit en voordat we de strategie kunnen bepalen van een bepaalde neuraaltherapeutische behandeling gecombineerd met andere behandelingen, vooral die van de tandextractie, die nog moet geschieden op een speciale manier ook.

3. Bijholten

Bij het mond-kaakgebied behoren natuurlijk ook alle bijholten die regelmatig en chronisch ontstoken kunnen zijn, en die vol kunnen zitten met littekens door een operatie, maar die ook zonder operatie aanleiding kunnen geven tot een stoorveld.

4. Oren

De oren, die overigens in de regel gemakkelijk behandelbaar zijn, onder andere door een kleine hoeveelheid procaine te spuiten op het mastoïd, moeten ook altijd goed in de anamnese worden nagegaan.

5. Littekens op het hele lichaam

Het is natuurlijk een zoeken naar die littekens die we zoal hebben na operaties en ongevallen.

Verder moeten we gewoon, net als in de reguliere geneeskunde, nadat hoofd en hals op stoorvelden zijn nagekeken, gaan nakijken of er ziekten zijn geweest aan de longen, aan het hart, in de buik, aan welke organen dan ook, of bijvoorbeeld ziekten aan de extremiteiten, aan de geslachtsorganen etc. Ook deze kunnen we vervolgens door stoorveldbehandeling proberen uit

te schakelen. Ik kan mij indenken dat u zich op dit moment afvraagt: hoe kun je nu een oude tuberculose als stoorveld behandelen? Je kunt toch niet met een naald in de longen prikken? Dit mag dan meteen als voorbeeld dienen voor de behandeling van stoorvelden elders. Ook dan gebruiken we namelijk de plaatsen, die wij vanuit de segmenttherapie kennen om te proberen die stoorveldwerking uit te bannen. Voor de stoorveldbehandeling van de borst wil dit dan zeggen, dat wij kwaddels geven ter hoogte van de thoracale wervelkolom en de cervicale wervelkolom aan de achterzijde en tevens kwaddels aan de voorzijde naast het sternum.

Zoals u ziet, alles en iedereen heeft twee kanten: Naast het vragen op een specifieke manier die de neuraaltherapeut eigen is, dat wil zeggen door vragen te stellen naar bepaalde zaken en naar bepaalde ziekten, die eigenlijk meer typisch zijn voor een gestoord vegetatief systeem van bepaalde organen en orgaanstelsels, zijn er dan ook nog de normale reguliere vragen die de huisarts ook stelt. Deze worden dus ook steeds normaal door de neuraaltherapeutische artsen gesteld.

Het is ook nog eens goed erop te wijzen dat een litteken niet altijd per se een open verwonding geweest hoeft te zijn of dat er steeds een operatiemes aan ten grondslag gelegen moet hebben. Littekens kan men ook krijgen diep in de weefsels ten gevolge van ernstige verstuikingen en andere trauma's, alsook bijvoorbeeld door bestraling met harde röntgenstralen en radioactieve stoffen.

Ook vanuit die littekens kan een stoorveld uitgaan. Ook kan men vanuit de jeugd nog wel eens bepaalde stoornissen in de beenvorming hebben, die overigens meestal later toch wel spontaan verdwijnen, zoals de ziekte van Scheuermann en de ziekte van Osgood-Schlatter. Dit soort stoornissen in de beenvorming in de jeugd ziet men eigenlijk het meeste bij de keuring voor de militaire dienst en het valt op dat niet iedereen daar nu altijd last van heeft. Los daarvan kan zelfs op latere leeftijd toch een stoorveldwerking van dergelijke processen uitgaan, en moet men deze potentiële stoorvelden altijd meebehandelen.

Ik ben hier aan het einde gekomen van dit onderwerp over de

diagnostiek van stoorvelden door middel van onderzoek en anamnese. Natuurlijk is de laatste jaren de diagnostiek bezig zich uit te breiden door de kennis, die we verkregen hebben dankzij het BBRS. In mijn praktijk heb ik al met bepaalde opzienbarende diagnosemethoden gewerkt, samenhangend met wetenschappelijke onderzoeken die door het transferpunt voor Geïntegreerde Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht geschieden. Met behulp hiervan hebben we metingen gedaan zowel bij gezonden als zieken en zijn wij dacht ik toch enorm veel wijzer geworden. Ondanks dat moeten wij ons voorlopig nog maar bescheiden opstellen omdat zo iets altijd nog veel verder geëvalueerd moet worden. In de praktijk komt het erop neer, dat wij tegenwoordig dankzij het BBRS vele andere moderne diagnostieken hebben, die als het ware het aanwijzen van een stoorveld en het aanwijzen van gestoorde werkingen van organen en orgaansystemen kunnen onderbouwen. Ondanks deze gegevens moet ik zeggen dat de kunde, de ervaring en de intuïtie van de arts toch nog steeds uitmaken, welk (neuraaltherapeutisch) genezingsresultaat of welke vorm van verbetering bereikt kan worden. Ook hier zijn de wetmatigheden in een dergelijk complex terugkoppelend computersysteem, zoals het BBRS is, niet van tevoren te overzien. Aan de andere kant heb ik persoonlijk reeds, zoals gezegd, veel geleerd. Bij bepaalde patiënten, die ik neuraaltherapeutisch niet in harmonie kon krijgen, en bij wie ik naderhand bijvoorbeeld een onderzoek deed met behulp van elektro-acupunctuur, of een decoder, kwam ik voor wat betreft de therapiemogelijkheden een stukje verder. Ik vond hier namelijk een stoornis die eventueel met elektro-acupunctuur op die en die punten op de meridiaan behandeld kon worden. Behandelde ik nu niet met de acupunctuur, maar op dezelfde punten met de neuraaltherapie, dan kreeg ik de verbetering ook, zodat men moet stellen dat het energetische systeem van het vegetatieve zenuwstelsel en de energetische systemen van de acupunctuur op een of andere manier toch verbinding hebben. Energie- en informatieuitwisseling tussen beide lijkt mogelijk te zijn (zie ook dr. Bergsmann) en zo kan men met verschillende energetische therapiemogelijkheden dan ook van beide ervaringswetenschappen eventueel gecombineerd gebruik maken. We zijn

benieuwd wat de toekomst verder nog voor ons zal opleveren. Ikzelf ben heel gespannen naar het programma van het centrum voor geïntegreerde geneeskunde, want als dat zo lukt zoals we op het ogenblik hopen en als die mensen bij elkaar komen, die deze zaken toch naar waarde weten te interpreteren, dan zullen we in de toekomst beslist weer wat sneller en vlugger vooruit kunnen gaan in de behandeling van chronische (ook de allerernstigste en levensbedreigende) en therapie-resistente ziekten.

Verantwoording achteraf

Als arts die bijna vijftientig jaar de bevoegdheid bezit om in Nederland en in andere EEG-landen een praktijk te voeren, en die ook al die tijd reeds zelfstandig praktijk uitoefent, probeer ik de therapieën en diagnostische methoden, die in dit boek beschreven worden in het nieuwe licht van de huidige tijd te bekijken. Ik kan in ieder geval gelukkig van mijzelf zeggen, dat ik er steeds voor heb gezorgd, mij niet zo ver van mijn universitair leervak geneeskunde te hebben geplaatst, dat ik geen afstand meer kan nemen om de zogenaamde alternatieve geneeswijzen objectief te bekijken. Het op een onderwerp gericht zijn leidt bijna altijd tot een zeker sektarisme. En eerlijk gezegd, ik zie dit niet alleen al te vaak in bepaalde orthodox-medische kringen, maar ook in bepaalde niet-orthodoxe kringen, zodat daar steeds een soort inteelt, zou ik haast zeggen, ontstaat. Zoiets leidt dan uiteindelijk alleen maar tot een kleinzielig gekibbel, of een situatie waarin (wetenschappelijke) deskundigen alleen nog maar met zeer speciale andere zogenaamd wetenschappelijke superdeskundigen kunnen communiceren: of, in het andere uiterste, waar mensen praten over zaken, die met de geneeskunde als zodanig niets te maken hebben. Nog maar enkele eeuwen geleden was de geneeskunde een mengsel van religie, kunst, wetenschap, mythe en magie. Tegenwoordig is zij, met uitsluiting van vele facetten, een wetenschappelijk verlengstuk van de technologie van de twintigste eeuw. Alles wat verder gaat dan deze 'technologische' geneeskunst is ofwel onaanvaardbaar geworden ofwel zo belachelijk gemaakt, dat het op het ogenblik als waardeloos wordt beschouwd. Toch is op het ogenblik hier in het Westen, ook in Nederland, een proces aan de gang, waarbij we zien, dat de blik weer ruimer gericht wordt en dat barrières worden afgebroken. Deze verruiming gaat beslist niet alleen uit van de artsen, zeker is het ook, misschien nog meer zelfs, een prikkel die van de bevolking zelf uitgaat. Niet alleen zien we meditatie, en

andere manieren om de geest vrij te maken uit zijn gebondenheid, opgang maken, maar tevens zien we een grotere belangstelling voor gezond voedsel en een groter besef voor de problemen van vervuiling. Dit alles gaat gepaard met een toenemend inzicht in de mens als deel van de grote wereld en van de kosmos. We zien een algemene beweging naar natuurlijkheid, die ook gezinnen gaat beïnvloeden.

Er zijn meerdere randgebieden in de geneeskunde, die op het ogenblik zo ver zijn, dat ze eigenlijk beslist niet meer een randgebied der geneeskunde genoemd kunnen worden. Toch noemt men ook deze reeds vergevorderde alternatieve medische therapieën nog steeds randgebieden. Men rangschikt deze ook nog steeds onder de naam alternatieve geneeswijzen. Nog steeds moeten we vaststellen, dat de orthodoxe geneeskunde weinig of geen tijd en belangstelling heeft voor alternatieve geneeswijzen, hoewel hier recentelijk een kentering in lijkt te komen. Van de andere kant moet worden gezegd, dat Met alleen de orthodoxe artsen de reële gevaren vrezen van een plotselinge opkomst van kwakzalvers en charlatans, die de mensen tegen een hoge prijs gouden bergen beloven, maar dat vooral alternatieve genezers bang zijn, dat de moderne orthodoxe geneeskunde vol met vooroordelen zit. Zij zijn tevens - hopelijk ten onrechte - bang, dat de reguliere geneeskunde toch niet bereid is het nut van bepaalde alternatieve therapieën in te zien. We kunnen dus stellen, dat de sfeer in ieder geval zeker tot voor kort beslist nog niet zo prettig is geweest. Toch hebt u in de loop van dit boek gezien, dat zoiets eigenlijk helemaal niet nodig is. De reguliere geneeskunde heeft haar eigen plaats, want er zijn bepaalde soorten gezondheidsproblemen, waarop de alternatieve geneeswijze helemaal geen antwoord kan geven. Anderzijds zijn er ook bepaalde soorten ziekteproblemen, die beslist niet efficiënt aangepakt kunnen worden, als we niet bepaalde additieve kennis en kunde hebben van die andere zogenaamde alternatieve therapieën. Dit laatste moet zowel aan artsen als aan patiënten duidelijk gemaakt en geleerd worden, en wel met behulp van de vorderingen die gemaakt zijn en worden in de twintigste eeuw. Alles verandert en komt weliswaar terug, maar dan toch altijd via een evolutionaire (soms revolutionaire) spiraal, rekening houdend met de tijdgeest van dat moment.

We moeten goed begrijpen, dat geen enkele therapie pretendeert elke ziekte te kunnen bestrijden, en daar ikzelf aan beide kanten heb gestaan (en nog sta), meen ik toch als arts te kunnen stellen, dat ik eigenlijk bij alternatieve genezers dikwijls nog een grotere bereidheid heb gevonden om het bovenstaande te accepteren dan bij de reguliere genezers. De alternatieve geneeswijzen die in het verloop van het boek besproken worden verdienen in ieder geval zeer de serieuze aandacht van de medische en wetenschappelijke wereld. Het draait natuurlijk om de neuraaltherapie en het BBRS, doch de andere vier therapierichtingen die de Commissie Muntendam in 1979 al in meer erkenningslicht heeft gezet, te weten acupunctuur c.q. elektro-acupunctuur, homeopathie, manuele therapie en natuurgeneeskunde, kunnen in de bespreking binnen dit boek meteen meetellen.

De term alternatieve geneeskunde is geen gelukkige term. Per definitie is alternatieve geneeskunde een alternatief voor iets anders, en dat andere is dan de moderne geneeskunde. Het gaat in de eerste plaats niet om een alternatief, maar in de regel om meerdere alternatieven. Bovendien is het begrip alternatief maar betrekkelijk en wijzigt ook de publieke en medische opinie zich voortdurend. Zo kan en zal het alternatief van vandaag een reguliere therapie van morgen zijn. We moeten daarom de therapieën, zeker diegene die wij in dit boek bespreken, beschouwen als aanvulling op de reguliere geneeskunde. Het is niet de bedoeling deze alternatieven in de plaats te stellen van de hedendaagse westerse geneeskunde. De mensen hebben altijd al alternatieve vormen van medische therapie, naast de officiële geneeskunde gehad, en ze hebben deze alternatieve vormen ook willen hebben. Het lijkt erop, dat die behoefte in de westerse wereld op dit moment groter aan het worden is. De oorzaak hiervan is meervoudig:

1. de mensen zien, dat de orthodoxe therapieën voor vele ziekten en klachten (vooral bij chronische ziekten en therapieresistente ziekten) tekort schieten en ze kunnen dit thans nog maar moeilijk aanvaarden;
2. veel mensen zijn bang voor bepaalde westerse medische behandeling met operaties en bijverschijnselen van geneesmiddelen;

3. sommige mensen hebben religieuze of filosofische argumenten tegen bepaalde westerse geneesmethoden;
4. er is een groeiend aantal mensen in allerlei leeftijdsgroepen die van mening zijn dat we thans in opstand moeten komen tegen vele facetten van de bestaande medische aanpak;
5. er is altijd al een deel van de bevolking geweest - dat zal hopelijk en waarschijnlijk wel zo blijven - dat weer eens iets anders wil. Deze mensen willen experimenteren en die andere aanpak strekt zich dan ook uit tot de medische verzorging, die zij wensen.

In ieder geval, wat ook de reden moge zijn van het kiezen tussen alternatieve of orthodoxe therapieën, het vertrek- en eindpunt blijven altijd hetzelfde. Dat moeten we ons altijd goed voor ogen houden, want dat is natuurlijk altijd... de zieke mens.

In het algemeen moet u zich de volgende situatie indenken als het gaat om iemand die medische hulp zoekt. We hebben dan te maken met verschillende mogelijkheden:

1. de ziekte van de patiënt kan vanzelf overgaan;
2. ze kan chronisch verlopen of ze kan telkens opnieuw terugkomen en weer herstellen;
3. ze kan een voornamelijk zogenaamde psychologische oorzaak hebben (veroorzaakt door problemen in gezin, persoonlijke relaties, moeilijkheden in de werksfeer, slechte huisvesting, geldzorgen, de laatste tijd ook door de zogenaamde existentiële zorgen en het zoeken naar de zin van het leven);
4. er kan ook sprake zijn van een acute kwaal.

De doorsnee mens in onze westerse maatschappij schijnt nog steeds te denken, dat de dokters alleen maar te maken hebben met zieke mensen uit deze laatste groep. We kunnen gerust stellen dat deze laatste groep nog geen 1/5 gedeelte uitmaakt van alle mensen, die voor een bepaalde klacht of ziekte naar de dokter gaan. Dat wil zeggen dat het andere 4/5 gedeelte in wesen de westerse geneeskunde, in de zin van behandelen met medicijnen en/of een andere aanpak zoals chirurgie, op zichzelf niet nodig heeft.

In het verleden zorgden oorlog, honger, pest en andere epidemieën ervoor, dat van diegenen, die de kinderziekten overleefd hadden slechts weinigen de periode van volwassenheid overleefden en dat uiteindelijk nog minder mensen een nog hogere leeftijd konden bereiken. Ook in de Middeleeuwen kwam hier nog maar weinig verbetering in. Zo zien we, dat in de moderne tijd langzaam een toename van de gemiddelde leeftijd kwam, zodat in 1850 de gemiddelde leeftijd ongeveer veertig jaar was. Tegen 1900 kwam er een stijging tot zevenenveertig jaar, en tegenwoordig is de levensverwachting in de meeste westerse landen genaderd zo rond het indrukwekkende getal van zeventig jaar. We moeten hier waarschuwen als we stellen, dat we dit bereikt hebben dankzij de indrukwekkende resultaten van het medische behandelen van mensen tegen ziekte. De moderne geneeskunde, zoals wij die kennen, heeft eigenlijk weinig gedaan om te genezen en ook weinig gedaan om ziekte te voorkomen in vergelijking met de voordelen, die wij dien-aangaande bereikt hebben met behulp van een goede hygiëne, een betere huisvesting, kleinere gezinnen en andere sociale verbeteringen. Ook kunnen we het erover eens zijn dat in zeker opzicht de geneeskunde mechanisch is geworden en dat de tegenwoordige arts moet kijken of hij ergens een storing diagnostiseert in de mechaniek van het lichaam. Natuurlijk is dit een zeer vruchtbare denkrichting gebleken voor de geneeskunde en ze is dit nog steeds voor alle acute ziektebeelden alsook voor alle ongevallen. De arts moet kijken of ergens een bepaalde storing in een bepaald lichaamsdeel bestaat. Het is vervelend, als er vaak geen duidelijke storing kan worden gevonden en hij eigenlijk niet tot behandelen kan overgaan. De mens is enerzijds geen auto en anderzijds is hij ook meer dan een verzameling onderdelen. We weten op het ogenblik al erg veel over de mechaniek van het lichaam, maar dat is dan ook alles. Wij weten veel over de grove regulatieprocessen, die op het mechanische vlak veelal met het blote oog te constateren zijn. Fijnere regulaties die hieraan vaak ten grondslag liggen kennen we nog niet, tenminste niet zodanig, dat deze theoretische voorstellingen tot vooruitgang in de praktijk der geneeskunde leiden. Wat we ook niet weten, is datgene, waar we niet meer naar gekeken hebben sinds de wetenschappelijke denkrichting

definitief haar intrede heeft gedaan, namelijk de invloed van de ziel, de geest, in de totale mens. Samenvattend kunnen we op deze plaats wel stellen, dat we niet enkel meer kunnen blijven denken op het niveau van het eenvoudige mechanische en zelfs niet op het niveau van het biochemische of moleculair-biologische.

De plaats van de alternatieve therapie

Het is natuurlijk niet de bedoeling de afschaffing van de hedendaagse westerse geneeskunde te bepleiten. Wat moet gebeuren is, dat de mensen door een combinatie van de beste alternatieve therapieën en de fijnste facetten van de huidige (technologische) geneeskunde, een peil van gezondheid kunnen bereiken, dat ze voorheen nog niet gekend hebben. En misschien even belangrijk: dat alles goedkoper kan dan tot nu toe. Uiteindelijk werken we naar een situatie toe, waarbij de mensen weer veel harmonischer met elkaar gaan leven. Natuurlijk is deze misschien utopische wens niet een kwestie, die alleen voort moet komen uit de sfeer van de geneeskunde. Zij moet komen door een verandering, die in dit tijdperk in alle mensen binnen henzelf plaatsvindt. In die verandering moet de mens met zijn denken actief betrokken zijn. Voor het zover is zal er toch nog veel moeten gebeuren.

Voor ons geneeskundigen zal het in de eerste plaats zo moeten zijn, dat de arts al aan de universiteit beter wordt opgeleid om dit soort alternatieve therapieën te kunnen analyseren en op hun waarde te leren schatten. Anders houden we de situatie zoals die thans bestaat, waarbij de zaken worden doodgezwegen, of zelfs belachelijk worden gemaakt. Als dit niet verandert zullen nog vele generaties artsen worden getraind in de overtuiging, dat het tastbare en zichtbare mechanisme van de mens het allerbelangrijkste is en de rest onzin zou zijn. Wil de alternatieve geneeskunde een volwaardige rol gaan spelen dan zullen en moeten allereerst dus basishoudingen gewijzigd worden. Vervolgens zal de medische stand van zijn voetstuk moeten komen, en moeten aanvaarden ook niet alle antwoorden te weten. Dit zal beslist de moeilijkste verandering zijn, omdat

het vertrouwen van het publiek al jarenlang de artsen het idee heeft gegeven, dat zij veel beter in staat zouden zijn ziekte te bestrijden dan wie of wat dan ook. Als we eerlijk zijn - en iedere rechtgeaarde arts zal dit ook toegeven - weten we dat hier een grote kern van waarheid in zit. De artsen moeten nederig en met onbevooroordeelde geest luisteren naar de uitingen van anderen, doch deze onbevangenheid die noodzakelijk is lijkt nog ver weg. Bovendien zijn we, zolang de patiënten ook niet door artsen worden ingewijd in andere geneeskundige mogelijkheden, in het hoe en waarom bij de ene ziekte en bij de andere ziekte beslist niet, nog ver af van het harmonische midden, waar we absoluut naar toe op weg zijn. Daar komt nog bij dat het zolang het de patiënten zelf niet wordt toegestaan uit een breder spectrum van behandelingswijzen te kiezen, tenzij en totdat de gevestigde geneeskunde hiermee wil instemmen, eveneens en bovendien nog eens extra lang zal kunnen duren. Mijn verwachting is echter, dat uiteindelijk de publieke opinie toch de doorslaggevende aanleiding zal zijn voor de noodzakelijke verandering, en dat dit laatste wel eens minder lang op zich zal laten wachten dan algemeen wordt gedacht. Tenslotte moeten beoefenaars van alternatieve geneeswijzen geaccepteerd worden, zeker die beoefenaars, die een geneesmethode hanteren min of meer thuis horende binnen de indelingscriteria van de Commissie Muntendam (1979), en binnen de afspraken, die gemaakt zijn met het te ontwikkelen Centrum voor Integrale Geneeskunde te Winterswijk, welk centrum overigens op het ogenblik toch in de schijnwerpers staat. Het moet hen thans zeker worden toegestaan om zowel hun beroep uit te oefenen als om onderzoek te verrichten. In het Westen zijn dit soort artsen tot op heden toch al betrekkelijk gering in aantal, ook in Nederland. Het lijkt er echter op dat dit aantal de laatste jaren duidelijk toeneemt. Ze worden gemakkelijk geminacht, genegeerd of belachelijk gemaakt. Ze hebben weinig geld en ook geen tijd voor onderzoek, terwijl toch door zoveel mensen een beroep op hen wordt gedaan. Dat is allemaal ontzettend jammer, omdat juist dat soort alternatieve geneeswijzen en hun beoefenaars het heel hard nodig hebben om behoorlijk uitgevoerde klinische proeven te kunnen doen en het liefst zelfs ook gesteund te worden in fundamenteel we-

tenschappelijk onderzoek ten aanzien van hun werk, opdat bewijzen kunnen worden aangedragen, dat deze methoden effect sorteren en er op deze manier voor de methode een degelijke wetenschappelijke onderbouw ontstaat. De beoefenaars van deze alternatieve therapieën weten, dat ze werken, dat ze functioneren, omdat ze iedere dag in hun eigen praktijk de resultaten zien. Het is hen echter onmogelijk dat te bewijzen, behalve dan door een soort anekdotische verslagen. Daar komt nog bij dat, zoals met zoveel dingen tegenwoordig, alles om geld draait en er in de westerse wereld eigenlijk geen of weinig fondsen beschikbaar zijn voor die randgebieden van de geneeskunde, zodat dat onderzoek dan ook niet verricht kan worden. Gelukkig werden indertijd, zoals u kunt lezen bij de bespreking van het Grondsysteem volgens Pischinger (het BBRs), in Oostenrijk wel gelden vrijgemaakt om bepaalde belangrijke randgebieden van de geneeskunde wetenschappelijk te bestuderen. We zitten op het ogenblik, zoals u ook in dit boek hebt kunnen lezen, met het vervolgproces van wat op dit punt toentertijd werd gestart. U begrijpt dus ook dat je, als er uiteindelijk geen fondsen zijn, dan ook in een vicieuze cirkel blijft zitten: er is geen geld, dus geen onderzoek, en geen onderzoek betekent dat je een 'kwakzalver' bent en 'kwakzalvers' krijgen vervolgens weer geen geld voor onderzoek.

Op deze plaats wil ik ook enkele opmerkingen plaatsen omtrent de noodzakelijke bewijzen ten aanzien van de werking van alternatieve geneeswijzen. De artsen zijn namelijk allemaal opgeleid met de idee, dat een behandeling pas waardevol is als het bewijs daarvan door een aantal proeven is geleverd. De klinische proeven die er bestaan kunnen we in twee groepen verdelen, de zogenaamde gecontroleerde en de ongecontroleerde proeven. De ongecontroleerde proeven zijn proeven waarbij de therapeut alle resultaten van een bepaalde behandeling opschrijft en dan achteraf analyseert hoe geslaagd de behandeling is geweest. Gecontroleerde proeven hebben veel strengere voorschriften, hierbij worden de behandelde patiënten geclassificeerd. Er worden naast echte medicijnen ook placebo's (nepmedicijnen) gegeven en zo kan er dan een situatie ontstaan waarin noch de dokter, noch de patiënt weet welke tabletten de patiënt krijgt. Deze laatste situatie (de zogenaam-

de dubbel-blindproef), is volgens de hedendaagse wetenschappelijk denkende onderzoekers het beste omdat er op deze manier onmogelijk vooroordelen zouden kunnen bestaan. Natuurlijk zijn dergelijke methoden beslist heel goed te noemen voor het beproeven van medicijnen, maar je kunt zo natuurlijk niet alternatieve medische therapieën gaan beoordelen. Alternatieve medische therapieën zijn zo onmogelijk, of in ieder geval bijzonder moeilijk uitte voeren, omdat de alternatieve therapieën per definitie iedere patiënt als een uniek individu beschouwen (wat overigens met de kennis die we tegenwoordig hebben vanuit ieders individuele BBRS wetenschappelijk ook volkomen duidelijk aan het worden is) en niet als het zoveelste geval van een bepaald ziektebeeld. Die bepaalde verfijnde beproevingsmethoden zijn bij alternatieve geneeswijzen dus niet mogelijk. De vraag wordt dan gesteld aan de alternatieve artsen en genezers, waarom er dan niet behoorlijke gewone gecontroleerde proeven genomen worden. Je blijft hier echter weer met dezelfde moeilijkheid zitten, de individualiteit. Het is juist deze individualiteit van het basisbioregulatiesysteem, die beslissend zal blijken te zijn voor het krijgen of hebben van een bepaalde ziekte en voor het hebben of krijgen van een bepaalde vorm en graad van gezondheid. Daar komt nog bij dat, als je wetenschappelijke proeven wilt doen, (en je doet zoiets steeds als je als arts geneeskundig je methode of je therapie uittest), je dan als arts in die andere praktijkvoering met die andere geneesmethoden net als een orthodoxe arts en/of genezer steeds toch ook werkt met een eigen inbreng van intuïtie en andere psychische positieve hoedanigheden. Ook dan heb je in ieder geval steeds te maken met een bepaald soort onmeetbare verschijnselen, en duidelijke subjectieve beïnvloeding van objectieve uitkomsten, waarbij je de therapie niet nauwkeurig kunt controleren om haar vervolgens bij een andere gelegenheid precies te herhalen. Natuurlijk is in nauwgezette proefnemingen met deze factoren goed rekening te houden. Het zal u evenwel hopelijk duidelijk zijn hoeveel moeilijkheden dit alles oplevert. Het vervelende is, dat de orthodoxen zeggen, dat alleen hun zienswijze, onderzoek en criteria gelden terwijl de onorthodoxen, de vernieuwers zelfs niet kunnen of mogen wijzen op de eenzijdigheden van vele reguliere standpunten, om over

andere facetten nog maar niets te zeggen.

Trouwens bij zogenaamde gecontroleerde proeven, zoals in de huidige geneeskunde vrijwel absoluut en alleen maar geëist worden, kom je er ook dikwijls helemaal niet uit. Vaak kan men aanvankelijk stellen, dat iets volgens een bepaalde proefopzet wel werkt, maar naderhand blijkt dat het niet zo is. Andersom kan deze situatie natuurlijk ook optreden. Deze zaken maken we in onze orthodoxe, reguliere geneeskunde dus mee. In ieder geval moeten ongecontroleerde proeven wel steeds gedaan worden door eerlijke, goedbedoelende mensen met wetenschappelijke en menslievende instelling, en moeten ze in ieder geval beschouwd worden als een uitgangspunt voor verder onderzoek.

Een nieuwe behandelmethode moet men beslist nooit negeren of belachelijk maken, alleen omdat zij niet de meest strenge proeven die we kunnen bedenken heeft kunnen ondergaan. Als dit met de orthodoxe geneeskunde het geval was geweest, zouden heel veel nuttige medicijnen en ook veel vormen van reguliere geneeskundige aanpak ons toch beslist onthouden zijn. Net als ons eigenlijk nu veel alternatieve geneeswijzen onthouden worden! Zelfs als de proeven van alternatieve artsen op adequate manier worden uitgevoerd, zijn de reguliere medici er vaak nog afkerig van om ze serieus te nemen. Ze voelen zich als het ware heel bedreigd dat de resultaten van zo'n therapie waardevol blijken te zijn. Het is een groot voordeel, dat op het ogenblik de meest zuivere wetenschapsvakken zich wijden aan bestudering van zogenaamde alternatieve therapieën, en dat ook de regering hier langzaam naar toe overhelt. Ikzelf heb vanaf de aanvangsfase contacten met deze exacte-wetenschapsgroepen, zoals u ook hebt kunnen lezen. Ik kan u vertellen, dat het in dit geval niet zo geweest is, dat ik hen hiervoor heb moeten opzoeken, maar dat zij contact gezocht hebben met de neuraaltherapie en met mijzelf. Alleen al vanwege dit feit kunnen we voorzichtig stellen, dat de geneeskunde van de nieuwe tijd bezig is op gang te komen: de geneeskunde, waarin plaats gemaakt wordt voor de toepassing van bepaalde alternatieve geneesmethoden alsook voor fundamenteel en effectiviteitsonderzoek in deze methoden.

Ik spreek hier over de situatie in Nederland en ik kan natuurlijk

op deze plaats niet ingaan op de stand van zaken in andere landen van Europa of van de wereld. Ik kan u in ieder geval wel vertellen, dat tot voor kort vele regeringen eigenlijk nog afwijzend of zeer terughoudend stonden tegenover alternatieve therapieën, enkele uitzonderingen daargelaten.

Overigens kunnen we dikwijls in plaats van deze laatste term, misschien beter de term holistische geneeswijzen gebruiken, omdat de hele mens behandeld wordt. De enorme publieke belangstelling voor deze holistische c.q. alternatieve geneeswijzen, maakt dat ook de overheid wat welwillender wordt. Er gaat tegenwoordig nauwelijks een week voorbij, dat niet in de pers ergens de teleurstelling wordt uitgesproken over de orthodoxe geneeskunde en er gezocht wordt naar andere vormen van geneeswijze. Met de toenemende aandacht voor het milieu buiten ons krijgen we ook meer aandacht voor het milieu in de mens, en men is zich meer dan ooit bewust van het belang van gezondheid. Omdat de alternatieve therapieën zo lang in de schaduw hebben gestaan, heerst er een enorme opwinding en koestert men hoop dat de wetgeving binnen niet al te lange tijd gewijzigd gaat worden. Er is goede reden om aan te nemen, dat dit in ons land nu ook eindelijk definitief gaat gebeuren. Een andere bron van weerstand is tot nu toe de farmaceutische industrie geweest. Deze rijke en invloedrijke tak van de industrie verdient zijn geld met het produceren van produkten, die de mensen en de meeste artsen denken nodig te hebben. De orthodoxe arts draagt hier zeker zijn steentje bij. Ondanks de vele bijverschijnselen kunnen we die farmaceutische industrie er niet van weerhouden door te gaan met het produceren van nieuwe medicijnen. Het aanmaken van betere medicamenten is trouwens zeker wel een goede zaak, en in zoverre kunnen we deze industrie dankbaar zijn voor haar vaak enorme investeringen. Desondanks moeten we deze situatie steeds kritisch blijven bekijken. Het is evenwel duidelijk, dat deze producenten zich ongemakkelijk voelen als er opeens een golfbeweging ontstaat in de richting van meer natuurlijke behandelwijzen die zich niet zo op medicijnen oriënteren.

Inmiddels is mijn eigen standpunt geloof ik wel duidelijk. Wat ik wil benadrukken is de integratie, een weloverwogen harmonie tussen al de verschillende zaken die hier een rol spelen.

Het is nog steeds zo, dat de mensen kunnen en mogen kiezen. En onze westerse samenleving is er op gebaseerd, dat die mensen ook van dit recht gebruik maken.

De moeilijkheid op het ogenblik is, dat de mensen eigenlijk alleen maar kunnen kiezen hoe ze zichzelf ziek kunnen maken, maar niet hoe ze zichzelf beter moeten maken. Dit lijkt tegenstrijdig gezegd, maar als iedereen wat meer zou weten over zogenaamde alternatieven en hun denkrichtingen wordt dit waarschijnlijk wel duidelijker.

Op mijn manier heb ik in dit boek iets verteld over enkele mogelijkheden hieromtrent. In het bijzonder gingen we in op de neuraaltherapie, naar onze - en gelukkig niet alleen onze - overtuiging een van de belangrijkste therapievormen die een goede brugfunctie kan vervullen tussen regulier en alternatief. Natuurlijk vragen nog steeds veel patiënten/consumenten zich af naar wie ze moeten gaan als ze voor bepaalde alternatieve geneeswijzen kiezen. Op dit ogenblik is hier nog niet goed een antwoord op te geven. Zoals in het leven altijd heeft gegolden lijkt het mij in de eerste plaats steeds noodzakelijk dat u, net als bij de reguliere geneeskunde, gewoon die persoon moet kiezen van wie u denkt, dat hij of zij de aangewezen persoon is. U moet zich als levende mens altijd zo veel mogelijk door persoonlijke aanbevelingen laten leiden. Als u dan zelf een geneeskundige vindt, die gespecialiseerd is in een geneeswijze die u zoekt, dan moet u zich hierbij zeker ook door uw ratio laten leiden; vergeet echter nooit uw heelheid als mens en gebruik daarom ook steeds tegelijkertijd uw eigen intuïtie. Bovendien moet ik eerlijkheidshalve toegeven - ik voel me vrij om mijn mening in deze context te uiten - dat doktoren zeker niet de enigen zijn, die in staat zijn te genezen. Wat mij betreft ben ik er blij mee dat het er naar uitziet dat in de toekomst ook niet-artsen de kans zullen krijgen de goede resultaten, die ze bij patiënten kunnen bewerkstelligen, officieel te behalen. We kunnen er niet omheen, dat miljoenen mensen over de gehele wereld veel baat vinden bij zulke niet-universitair medisch geschoolde genezers. Ik heb het dan natuurlijk niet over die echte medische patiënten, die behoren bij dat 1/5 gedeelte van de ziekten zoals hiervoor beschreven, en die klachten vertonen, die bij de huisarts en specialist verholpen dienen te worden. Ik

vind wel, dat er van regeringswege ten snelste wetten moeten komen voor eventuele erkenning van bepaalde groepen van deze medische genezers zonder artsdiploma. Dit geldt ook voor artsen, die zich uitgeven en praktizeren als specialist in bepaalde alternatieve methoden zoals neuraaltherapie, acupunctuur, homeopathie, manuele geneeskunde etcetera, en die een gedegen vooropleiding in desbetreffende methoden hebben gehad en daarna een bepaalde vorm van diploma ter afsluiting van die aparte studie nog niet hebben. Het is toch zonder meer duidelijk, dat dergelijke situaties zowel voor de patiënt alsook voor de werkelijke waarde van de (alternatieve) geneesmethode zelf niet goed zijn.

In de Nederlandse wetgeving staat al jarenlang de BIG-wet op stapel, waardoor bepaalde medische genezers die geen artsen-diploma hebben straks wettelijk hun functie kunnen gaan uitoefenen. Voor wat betreft de werking van de verschillende therapieën is het natuurlijk zo, dat je alleen zaken kunt verklaren binnen de grenzen van wat bekend is en van wat aanvaardbaar is in onze samenleving.

Natuurlijk zijn er tegenwoordig ook veel andere verklaringen voor de werking van bepaalde geneeswijzen, waarvoor vroeger ook al een goede verklaring leek te zijn, maar welke verklaringen nu pas in de lijn liggen van de ontwikkelingen in de wetenschap van deze tijd. Juist op deze zaken willen wij in Nederland ook ingaan met hulp van het BBRS-concept. U moet overigens ook niet vergeten, dat van veel orthodoxe medische behandelingen beslist nog niet bekend is, hoe ze precies werken en dat we deze methoden ook al jaar na jaar bij miljoenen mensen toepassen. Zo weten we misschien pas een tiental jaren iets beter hoe aspirine werkt (door de kennis over de zogenaamde prostaglandinen), en toch was dat al gedurende 75 jaar eigenlijk het meest gebruikte medicijn ter wereld. Mensen en vooral artsen zullen in ieder geval hun houding ten opzichte van natuurlijke en andere vormen van alternatieve geneeskunde moeten gaan wijzigen. Ieder jaar zullen we iets meer gaan weten zowel over de menselijke geest als over het menselijk lichaam, en zullen we ook iets beter begrijpen hoe andere ervaringsgeneeswijzen werken. Die goede geneesmethoden, die vele artsen en ook vele patiënten nog niet kennen, kunnen dan

zo in de medische praktijk in de nabije toekomst toegepast gaan worden. Het zou bijzonder jammer zijn als wij met onze westerse arrogantie dingen, die nog niet bewezen zijn of die moeilijk te verklaren zijn, alleen op die gronden zonder meer afwijzen. De goede methoden moeten eruit worden gehaald en op hun eigen waarde worden geschat.

Hoewel ik in de loop van de jaren in Nederland als wegbereider van de neuuraaltherapie en tevens als voorstander van natuurgeneeskunde en vele andere biologische therapieën, natuurlijk vrij regelmatig deze zaken naar buiten toe heb vertolkt, heb ik nog nooit de kans gehad mij zo openlijk en eerlijk te uiten als in dit geschrift. Dat komt waarschijnlijk ook omdat de tijd er rijp voor is en omdat ik, na bijna vijfentwintig jaar artspraktijk, bepaalde zaken, feiten en meningen ook echt kan uitspreken, zoals ik ze ervaren heb. Ik kan op grond van dit aantal praktijkjaren thans terecht spreken over mijn eigen ervaring, en over mijn leef- en mijn werkwereld zoals ik die op dit moment zie. Gemakkelijk was het voor mijzelf, als huisarts en later als natuurgeneeskundig arts, beslist ook niet. In zijn algemeenheid heb ik op dit moment nog steeds het grootste respect voor elke arts en specialist die de verantwoording draagt voor de behandeling van patiënten die aan zijn zorg zijn toevertrouwd. Ik wilde indertijd nieuwe dingen in de geneeskunde en in het leven, ik wilde vooral de geneeskunde tot in haar diepste theoretische gronden leren kennen. Al de dingen die ik sindsdien heb geleerd, en er nog steeds bij leer, blijken, ook in de praktijk, uiterst zinvol te zijn. Ik hoop dat ik zowel gelijkgestemde collega's wat heb kunnen leren als patiënten en leken het een en ander dienaangaande duidelijk heb kunnen maken.

Literatuur

I. Populaire literatuur

Dijk, Paul van: Geneeswijzen in Nederland, Ankh-Hermes, Deventer.
Dosch, Dr. Peter: Neuraaltherapie, De Driehoek, Amsterdam.

II. Vakliteratuur

Adler, Ernesto, Dr. med.: Allgemein-Erkrankungen durch Störfelder (3., überarbeitete und erweiterte Auflage, 1983). Karl F. Haug Verlag.
Dosch, Mathias, Dr. med.: Bildatlas zur Technik der Neuraltherapie mit Lokalanästhetika (3., verbesserte und erweiterte Auflage, 1983). Karl F. Haug Verlag.
Dosch, Peter, Dr. med.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke (10., erweiterte Auflage, 1981). Karl F. Haug Verlag.
Dosch, Peter, Dr. med.: Manual of Neural Therapy according to Huneke. Karl F. Haug Verlag.
Dosch, Peter, Dr. med.: Wissenwertes über die Neuraltherapie nach Dr. Huneke (18., verbesserte Auflage, 1982). Karl F. Haug Verlag.
Dosch, Peter, Dr. med.:
Freudenstadter Vorträge 1971/72
Freudenstadter Vorträge 1974
Freudenstadter Vorträge 1975
Freudenstadter Vorträge 1976
Freudenstadter Vorträge 1979
Freudenstadter Vorträge 1980
Freudenstadter Vorträge 1981/82
Karl F. Haug Verlag.
Eder, Manfred, Dr. med.: Herdgeschehen-Komplexgeschehen. Karl F. Haug Verlag.

Eppinger, H.: Die Permeabilitätspathologie als die Lehre von Krankheitsbeginn. Springer-Verlag, Wien 1949.

Glaser, M., Turk, R.: Herdgeschehen, Diagnostik und Therapie. Fischer, Heidelberg 1982.

Huneke, Ferdinand, Dr. med.: Das Sekunden-Phänomen(5., verbesserte Auflage 1983). Karl F. Haug Verlag.

Huneke, Holger Dr. med.: Wörterbuch der Neuraltherapie. Karl F. Haug Verlag.

Mink, E. Dr. med.: Procaintherapie nach Huneke in der Gynäkologie (2., verbesserte Auflage, 1976). Karl F. Haug Verlag.

Piotrowski, Heinz, Dr. med.: Ganzheitstherapie bei Augenkrankheit (2., überarbeitete Auflage, 1982). Karl F. Haug Verlag.

Pischinger, A.: Das System der Grundregulation. Karl F. Haug Verlag.

Pischinger, A.: Organisation und Bedeutung des Bindegewebes im Körper. Wien. klin. Wschr. 67, 554-558 (1955).

Pischinger, A.: Theoretische Grundlagen der Herderkrankung. Therapiewoche 15, 1261 (1965).

Pischinger, A.: Zur Grundlegung unspezifischer Behandlungsweisen. Phys. Med. und Rehabilitation 9, 1-6 (1968).

Pischinger, A.: Über das vegetative Grundsystem. Phys. Medizin und Rehabilitation 10, 53-57 (1969).

Ricker, G.: Entwurf einer Relationspathologie. Fischer-Verlag, Jena 1905.

Ricker, G.: Pathologie als Naturwissenschaft, Relationspathologie. Springer-Verlag, Berlin 1924.

Roeber, Günther, Dr. med.: Das Vegetativum und seine Philosophie. Karl F. Haug Verlag.

Speransky, A.D.: Allgemeine Pathophysiologie als Beitrag für eine Grundlage der Theorie der Medizin. Ausfürlich (nach d. Engl. übers. a.d. russ. Original) wiedergegeben und kurz gewürdigt von G. Ricker. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1947.

Speransky, A.D.: Grundlagen der Theorie der Medizin. Berecht. Übers. ins Deutsche von K.R. Rocques, Arbeitsgemeinschaft. Med. Verl. Saenger, Berlin 1950.

Spiess, G.: Heilwirkung der Anästhetika. Zbl. Inn. Med. 23, 222 (1902).

Adressen

Patiëntenvereniging Neuraaltherapie
(o.a. adressen van neuraaltherapeuten)
M.J. de Vos
Prinses Irenestraat 6
6039 CD Stramproy
04956-1485

Belgisch-Nederlandse Vereniging voor Neuraaltherapie-Regulatietherapie (B-N.V.N.R.)

Nederland:
Kasteel Aldenghoorstraat 6
6043 XJ Roermond

België:
Van Beauduinstraat 143
3300 Tienen

Onder auspiciën van de B-N.V.N.R. verzorgt de Akademie voor Integrerende Geneeswijzen (AIG) de officiële opleiding voor neuraaltherapie.

AIG Nederland
Postbus 177
3830 AD Leusden