

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die Wichtigkeit des Störfeldgeschehens bei der chronischen Polyarthrititis herausgestrichen.

In einer mehrjährigen Studie mit 26 Patienten kann aufgezeigt werden, daß der überwiegende Teil nur über die Einbeziehung der Störfeldbehandlung im Sinne der Neuraltherapie nach *Huneke* zu einem Therapieerfolg führt.

Bei insgesamt 23 Fällen sind Störfelder ursächlich an der Erkrankung beteiligt, wobei die allgemeine Erfahrung bestätigt wird, daß der überwiegende Teil der Störfelder bei diesem Krankheitsbild im Tonsillar- und Zahn-Kiefer-Bereich bzw. im gynäkologischen Raum zu finden ist.

Schlüsselwörter: chronische Polyarthrititis, Neuraltherapie, Störfeld

Summary

In the present article the significance of the processes in the disturbing field in case of chronic polyarthrititis is emphasized.

In a several years study with 26 patients it can be shown that the overwhelming part only results in a successful therapy through including the treatment of the disturbing field in the sense of the neural therapy according to *Huneke*.

In the total of 23 cases disturbing fields are causally involved in the disease, thus confirming the general experience that with this symptomatology the overwhelming part of the disturbing fields is found in the region of the tonsils as well as the teeth and the jaw or in the gynaecological area, respectively.

Key words: chronic polyarthrititis (arthrosis), neural therapy, field of disturbance

Résumé

Le présent article met en évidence l'importance de la situation interne du champ de troubles dans le cas de la polyarthrite chronique.

Une étude menée pendant plusieurs années sur 26 patients a permis de montrer que dans la majeure partie des cas, un succès thérapeutique n'a pu être obtenu que grâce à l'intégration du traitement des champs de troubles au sens de la thérapie neurale selon *Huneke*.

Sur un total de 23 cas, les champs de troubles font partie des causes de l'affection, l'expérience générale confirmant que pour cette maladie, la majorité de ces champs de troubles sont situés au niveau des amygdales et dans la zone dento-maxillaire ainsi que dans l'espace gynécologique.

Mots clés: polyarthrite chronique, thérapie neurale, champ de troubles

Drei Problemkreise beschäftigen bei dieser Erkrankung den Neuraltherapeuten:

1. Es handelt sich bei der chronischen Polyarthrititis (c.P.) um eine der gefürchtesten chronischen Erkrankungen mit zunehmender Tendenz und weiter Verbreitung, die die Lebensqualität des einzelnen ungemein reduziert und gleichzeitig einen nicht unwesentlichen Kostenfaktor in unserem Gesundheitswesen darstellt.
2. Aus schulmedizinischer Sicht besteht eine ursächliche Behandlung noch nicht, auch die neueren immunologischen Kenntnisse haben zu keiner wesentlichen Therapieänderung geführt, so daß nach wie vor rein symptomatisch auf internistischer und chirurgischer Ebene behandelt wird.
3. Die c.P. stellt eine der Erkrankungen dar, an der sich nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch eine Störfeldbeeinflussung demonstrieren läßt, ohne deren Kenntnisnahme und Anwendung eine erfolgreiche und ursächliche Behandlung unmöglich wird. Die c.P. ist ein optimales Demonstrationsbeispiel zum Beweis der Existenz des Störfeldgeschehens und des Sekundenphänomens nach *Huneke*, an dem auf Dauer auch die in der Schule gelehrt Wissenschaft nicht vorbeikommen wird. Es kann belegt werden, daß Störfelder in der Lage sind, chronische Erkrankungen wie die c.P. zu initiieren bzw. in Gang zu halten und daß durch ihre Ausschaltung auch die Erkrankung beeinflußbar wird.

Diagnose der c.P.

Außerdem wird anhand der c.P. nur wieder einmal deutlich, daß Störfelder den Gesamtorganismus belasten und nicht nur einzelne Organe, da durch deren Ausschaltung auch multifaktorielle Beschwerden verschwinden.

Die Diagnose „chronische Polyarthrititis“ stellt zumindest im fortgeschrittenen Krankheitszustand den Therapeuten vor keine allzu großen Schwierigkeiten, und uns allen ist das klinische Bild bestens bekannt:

Visitenkarte der Erkrankung sind in der Regel die Veränderungen der Fingergrund- und Mittelgelenke, und die American Rheumatism Association bestimmte die Kriterien, die zur endgültigen Diagnose führen. Es sind dies im einzelnen:

1. Morgendliche Steife eines oder mehrerer Gelenke
2. Schmerzen und Steife wenigstens eines Gelenkes
3. Objektivierbare Schwellung wenigstens eines Gelenkes
4. Schwellung eines weiteren Gelenkes mindestens innerhalb von drei Monaten
5. Symmetrische Schwellung von zwei Gelenken an Armen oder Beinen
6. Rheumaknoten
7. Radiologisch objektivierbare typische Gelenksveränderungen
8. Rheumafaktoren positiv
9. Muköser Niederschlag in der synovialen Gelenksflüssigkeit
10. Histologische typische Veränderungen der Rheumaknoten
11. Histologische, typische Veränderungen der Synovia mit mindestens drei der folgenden Charakteristika: villöse Hypertrophie, wachsende oberflächliche Synoviazellen, Lymphozyteneinwanderung mit Follikelbildung, Fibrinablagerungen, Nekroseherde.

Eine erhöhte BSG wird immer vorausgesetzt.

Schwieriger schon wird die Diagnose im Anfangsstadium, wenn nur einzelne klinische Zeichen bestehen und erst rückblickend eine vollständige Beurteilung des Krankheitsausmaßes möglich wird.

Die Immunologie, die die Existenz der verschiedenen Rheumafaktoren zutage brachte, hat leider bis heute eine frühzeitige sichere Diagnosestellung nicht ermöglicht, da die Rheumafaktoren auch bei anderen Erkrankungen vorkommen können bzw. oft bei klinisch gesicherter c.P. fehlen.

Patientengut

Daher sind in die im folgenden ausgewertete Studie (seit 1984) nur Patienten und Patientinnen aufgenommen worden, deren Diagnose bereits vor Behandlungsbeginn eindeutig feststand und nur bestätigt werden mußte.

Interessant ist es vielleicht, festzustellen, daß die überwiegende Zahl der Patienten eine negative oder doch zumindest teilweise negative Rheumaserologie aufwies, einige waren jedoch auch komplett positiv, wobei allerdings Zusammenhänge mit dem Schweregrad der Erkrankung nicht erkennbar wurden (gemessen wurden RF-Latex, CRP-Latex, Antistreptolysin-Latex).

Alle Patienten hatten jedoch eine signifikant erhöhte BSG. Das Patientengut rekrutiert sich sowohl aus meiner Assistenzarztzeit in der neuraltherapeutisch-internistischen Praxis meines Bruders *Holger Huneke* in Düssel-

dorf als auch aus dem Tätigkeitsbereich als Stationsarzt an der internistisch ausgerichteten Klinik am Park in Bad Meinberg mit Schwerpunkt Stoffwechselerkrankungen und rheumatische Formenkreise unter Prof. *Merz* sowie aus der Zeit als Assistent bei meinem Vetter *Jürgen Huneke*, in der ich besonders im Rahmen von *Schroth*-Kuren mit Rheumapatienten zu tun hatte sowie aus der Tätigkeit in eigener Praxis in Mannheim.

Ursprünglich waren 34 Patienten in diese Studie aufgenommen worden, wobei aus verschiedenen Gründen 8 wieder herausfielen: 5 gaben z. B. die Behandlung vorzeitig auf (3 Frauen und 2 Männer), 1 Patient lehnte eine massive Gewichtsabnahme ab, 2 wurden zur Zahnsanierung geschickt und anschließend nicht mehr gesehen. 1 Patient wurde nach guten Anfangserfolgen vom ortsansässigen Neuraltherapeuten weiterbehandelt.

Zur Auswertung blieben demnach 26 Patienten übrig, 21 Frauen und 5 Männer, das entspricht auch dem lehrbuchgemäßen Verhältnis beider Geschlechter von 4:1 bei dieser Erkrankung.

Therapieverfahren

Die Patienten wurden mit der kombinierten Störfeld-Segmenttherapie behandelt, wobei wir erst auf Störfeldsuche gingen und dann die Segmenttherapie, also die Behandlung im Bereich der erkrankten Gelenke, hinzunehmen. Dabei ist zu sagen, daß die Behandlung anfangs kleinere Zeitintervalle von 3 bis 14 Tagen forderte, die in der Regel dann gestreckt werden konnten. Die Patienten, die heute zum größten Teil beschwerdefrei sind, berichteten jedoch, daß sie es spüren würden, wenn ihre Zeit gekommen sei, sich mal wieder beim Spritzendoktor zu melden. Das heißt, auch bei erfolgreicher Neuraltherapie, die im Schnitt ca. 6 Monate mehr oder weniger intensiver Therapiezeit benötigte, um das Krankheitsgeschehen in den Griff zu bekommen, wird der Patient wohl nie ganz ohne unsere Begleitung auskommen.

Gewöhnliche Behandlungsintervalle betragen dann 1 bis 6 Monate, wobei die Patienten ansonsten ohne weitere medikamentöse Behandlung auskamen und das Krankheitsbild sich bei rechtzeitiger Vorstellung des Patienten nicht weiter verschlechterte bzw. ganz zum Stehen kam. Noch auftretende Rheumaschübe wurden immer erträglicher und liefen meist ganz aus. Eine Patientin z. B. berichtete: „Mein letzter Schub dauerte nur noch 2 Stunden. früher Tage und Wochen, und ich fühlte mich weit weniger mitgenommen als früher“.

Mehrere Patienten hatten Rückfälle, bedingt durch starke Erkältungen oder andere Begleiterkrankungen, bei deren Behebung auch der Genesungsprozeß von der chronischen Polyarthrit weiter fortschritt. Von den 26 Patienten konnte 25 geholfen werden, wobei ich heute rückblickend behaupten möchte, daß im letzten Fall das entsprechende Störfeld nicht gefunden wurde.

2 Patienten konnte mit der alleinigen Segmenttherapie

geholfen werden, wobei allerdings auch hier verschiedene Narben mitbehandelt wurden, deren Unterspritzung jedoch kein Sekundenphänomen nach sich zog. Möglicherweise haben sie aber doch störfeldähnliche Einflüsse gehabt, die allerdings nicht direkt zutage traten.

23 Patienten hatten mindestens ein für die chronische Polyarthritiden ursächliches Störfeld.

Folgende Störfelder wurden gefunden:

- nur Tonsillen oder Tonsillektomienarben: 6mal
- nur Zähne oder Zahnkieferbereich: 3mal, wobei die nach der Zahnsanierung nicht wiedergekehrten Patienten nicht mitgerechnet wurden
- Tonsillen bzw. TEN und Weißheitszähne: 3mal
- Tonsillen und Tonsilla pharyngea: 1mal
- gynäkologischer Raum: 4mal
- Zähne und gynäkologischer Raum: 1mal
- Grenzstrang (Gelbsucht): 1mal
- unsicher, da mehrere Gebiete positiv ansprachen: 2mal
- bei einer Patientin lag eine Kombination von 3 Störfeldern vor: Tonsillen, Tonsilla pharyngea, gynäkologischer Raum

Eine Patientin wies als Ursache eine Laktose-Intoleranz auf, die anhand einer *Schroth*-Kur festgestellt werden konnte und anschließend, nach deren Beendigung objektiviert werden konnte.

Die Patientin ist heute bei milchweißfreier Kost seit 6 Monaten beschwerdefrei und lebt ohne Medikamente (Störfeld Darm). Es gibt also auch Störfelder, die rein neuraltherapeutisch nicht saniert werden können. Das unterstreicht nur die uns allen bekannte Notwendigkeit, auch Umstimmungsmaßnahmen, wie Diäten, Umstimmungsverfahren wie Kutivakzine und Ausleitungsverfahren anzuwenden, um zum Therapieerfolg zu gelangen, da immer mehr Patienten neuraltherapeutisch überhaupt behandelbar werden, wenn entstandene Regulationsstörungen fallen.

Hierzu gehört auch eine gründliche Zahnsanierung, wie *Adler* schon seit Jahrzehnten proklamiert, und auch die neueren toxikologischen Erkenntnisse *Daundersers*, die die Schwermetallbelastungen durch defekte Amalgamfüllungen beeindruckend meßbar und nachvollziehbar machen. Zur Diagnostik empfehle ich daher immer ein Orthopantomogramm anfertigen zu lassen, um eine eventuelle Zahnbeherdung sofort objektivieren zu können.

Zusammenfassung der Therapieergebnisse

Zusammenfassend kann gesagt werden:

1. daß die chronische Polyarthritiden durch die Neuraltherapie nach *Huneke* erfolgreich behandelt werden kann, wenn die Störfeldbehandlung mit ins Therapiekonzept eingeschlossen wird, und nur dann;
2. daß gemäß den neuraltherapeutischen Grundsätzen und Erkenntnissen auch bei der chronischen Polyarthritiden ein Großteil der Störfelder im Kopfbereich (vor allem Zahn-Kiefer-Bereich und Tonsillen) liegt sowie, hier auch signifikant, im gynäkologischen Raum;
3. daß es erfolgreichere Therapien auf diesem Gebiet nicht gibt, da hier ursächlich und nicht nur symptomatisch behandelt werden kann;
4. daß zur erfolgreichen Neuraltherapie unbedingt auch andere Naturheilverfahren, wie Umstimmungsmethoden, Diätetik und Ausleitungsverfahren, vom Therapeuten beherrscht werden müssen;
5. daß es endlich an der Zeit ist, den Gebrüdern *Huneke* (*Walter* und *Ferdinand*) die Ehre zuteil werden zu lassen, die ihnen zu Lebzeiten versagt blieb.

Literatur

- Adler, E.*: Störfeld und Herd im Trigeminiusbereich. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.
- Bergsmann, O., R. Bergsmann, M. Kellner.*: Grundsatzsystem und Regulationsstörung. Haug-Verlag, Heidelberg, 1984.
- Daunderser, M.*: Die Amalgamvergiftung und ihre medizinischen Folgen. Forum des Prakt. und des Allgemeinärztes, 2 (1991).
- Dosch, P.*: Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke. Haug-Verlag, Heidelberg, 1970.
- Heine, H.*: Weitreichende Wechselwirkungen als Grundlage der Homöostase. Funktionelle Aspekte der Neuraltherapie. Ärztezeitschrift für Neuraltherapie 12 (1987).
- Huneke, F.*: Das Sekundenphänomen in der Neuraltherapie. Haug-Verlag, Heidelberg, 6. Auflage 1989.
- Perger, F.*: Umweltbedingte Therapieversager. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren 11 (1989).
- Serafini, U.*: Compendio di medicina interna. Usus-Verlag, Florenz, 1980.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Hagen Huneke, Lameystr. 30, D-6800 Mannheim.