Daunderer

Amálgama

6ª edição, completamente revista

Ecomed

Este manuscrito pretende acons elhá-lo.

A reprodução de nomes registados, nomes comerciais, denominações de mercadorias, etc. neste manuscrito, mesmo sem estar especialmente assinalado, não lhe dá o direito de assumir que esses nomes possam ser considerados livres a assim possam ser utilizados por qualquer pessoa.

Esta contribuição contém dados físico-químicos e referências médicas. O leitor pode confiar em que o autor e a editora aplicaram o maior es forço para que na altura da finalização deste manuscrito informativo estes dados estivessem tratados de acordo com o estado do conhecimento. Mesmo assim, não se pode excluir completamente a existência de erros, <u>inclusivamente introduzidos na tradução</u>. Por esta razão todos os dados não estão ligados a nenhuma obrigação ou garantia da editora, do autor ou <u>da tradutora</u>. Em consequência nenhum <u>dos três</u> se responsabiliza por uma eventual incorrecção no conteúdo deste manuscrito.

Atenciosamente, Autor, tradutora e editora

Ecomed Informação Ambiental

Este livro foi impresso em papel isento de cloro e de ácido.

Os produtos da nossa editora são constituídos por materiais que respeitam o ambiente e que poupam os recursos naturais.

Estamos empenhados em melhorar continuamente a suavidade das nossas obras para com o ambiente no sentido de utilizar processos de produção dos produtos base pouco prejudiciais, assim como no sentido da aplicação de matéria prima que poupe os recursos naturais e de um tratamento de lixo pacífico com o ambiente. Neste sentido esforçamo-nos em manter ou melhorar a qualidade.

Escreva-nos se tiver sugestões ou questões relacionadas.

A Biblioteca Alemã - CIP registo único

Daunderer, Max:

Amalgam / Daunderer. – edição à parte, 6^a , edição completamente revista, - Landsberg/Lech : ecomed, 2000, ISBN 3-609-63496-9

Amálgama, 6ª edição completamente revista

Edição à parte de Manual da intoxicação por amálgama ISBN 3-609-71750-5

 $\ensuremath{\mathbb{C}}$ 2000 ecomed sociedade editora AG & Co KG, Landsberg

Justus-v.-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg/Lech

Telefone 08191/125-0; Telefax 08191/125-292, (em Portugal substituir o primeiro 0 por 0049)

Internet: http://www.ecomed.de

Autor: Dr. med. Dr. med. habil. Max Daunderer, TOX-Center e.V., urgências toxicológicas, Hugo-Junkers-Strasse 13, 82031 Gruenwald, Tel. 089/64914949

Tradutora: Fátima Almeida, PhD, almeimar@gmail.com

Todos os direitos reservados, nomeadamente o direito de reprodução e distribuição assim como de tradução. Nenhum a parte do manuscrito informativo pode ser reproduzido de maneira alguma (através de fotocópia, microfilme ou outro procedimento), nem ser armazenado, processado ou trabalhado através da utilização de sistemas electrónicos sem autorização por escrito da editora.

Composição: SatzStudio Pfei fer, Graefeling Impressão: Tipografia editorial Kessler, Bobingen

Printed in Germany: 630496/600505

ISBN 3-609-63496-0

Sobre o autor:

Prof. Dr. Max Daunderer, médico doutorado em Medicina Interna, doutorado e agregado em Toxicologia Clínica, tornou-se conhecido nos últimos 25 anos através de numerosas publicações e palestras sobre intoxicações e respectivos tratamentos. Desde a sua entrada em acção nos casos de intoxicações de populações em Seveso e em Bhopal que ele se dedica mais intensamente a intoxicações, tanto agudas como crónicas, que resultam de influências ambientais, investindo principalmente na prevenção.

ÍNDICE

		Página
1	História	1
1.1	Toxicologia Clínica	2
1.2	Intoxicação por amálgama - Definição	3
1.3	Cárie	
1.4	Inteligência para se tratar	4
1.5	Intoxicação hereditária	
2	Ocorrência	7
2.1 2.2	Frequência	
۷.۷	Assimilação	······ ɔ
3	Carácter da acção	
3.1	Componentes da acção	12
3.1.1	Estanho	
3.1.2	Cobre	12
3.1.3	Prata	13
3.2	Amplificação da acção	13
3.2.1	Toxinas adicionais	
3.2.1.1	Álcool	13
3.2.1.2	Alumínio	
3.2.1.3	Emissões de automóveis	
3.2.1.4	Dioxinas	
3.2.1.5	Formaldeído	
3.2.1.6	Ouro	
3.2.1.7	Cerâmica	
3.2.1.8	Lindano	
3.2.1.9	Paládio/Titânio	
3.2.1.10	Tabagismo passivo	
3.2.1.10	Pentaclorofenol	
3.2.1.11	Piretróides	
3.2.1.13	Toxinas ambientais	18
3.2.1.14	Toxinas da habitação	18
3.2.1.15	Toxinas dentárias	
3.2.1.16	Outras toxinas	
3.2.2	Outros factores	
3.2.2.1	Dentes desvitalizados	
3.2.2.2	Dentes do siso inclusos.	
3.2.2.3	Electric idade	
3.3	M ecanismo da lesão	
3.3.1	Pontos de ataque para o mercúrio em cada célula	
3.3.2	Alergia à amálgama	
3.3.3	Doenças autoimunes	
3.3.3	3	
	Sintomas ("Síndroma de Daunderer")	
3.5 3.6	"Carreira da amálgama"	
3.7	Anomalia metabólica	
3.8	Grau de intoxicação	
3.9	Vantagens da amálgama	

4	Comprovação	32
4.1	Comprovação da toxina	33
4.1.1	Teste da pastilha elástica	33
4.2	Comprovação da assimilação da toxina	34
4.2.1	Referências	
4.2.1.1	Radio grafia panorâmica da raíz dos dentes (OPT)	
4.2.1.2	Imagem do cérebro através de <i>spin</i> nuclear	
4.2.2	Provas	
4.2.2.1	Teste de DMPS	
4.2.2.1.1	Injecção no músculo / na veia	
4.2.2.1.2	NÃO à urina de 24 horas	
4.2.2.1.3	Mercúrio orgânico	
4.2.2.1.4	Cápsulas de DMPS.	
4.2.2.2	O teste de DM SA	
4.2.2.3	Análise toxicológica	
4.3	Comprovação do efeito do veneno	
4.3.1	Testes às alergias: teste epicutâneo	
4.3.1.1	Testes à amálgama	
4.3.1.1		
4.3.1.2	Testes a metais e fixações Testes a toxinas do lar	
4.3.1.3		
4.3.1.4	Substâncias terapêuticas	
	Teste LTT	
4.3.3	Testes autoimunes	
4.3.4	Testes ao sangue	
4.3.4.1	Alfa-1-microglobulina (α-1-M)	
4.3.4.2	Glutatião-sulfuro-transferase (GST)	
4.4	Prova da cura	. 48
5	Terapia	49
5.1	Cessação da exposição	49
5.1.1	Sane amento da amálgama	
5.1.1.1	Gravidez/aleitamento	51
5.1.2	Sane amento de focos tóxicos dentários	52
5.1.2.1	Métodos operacionais	
5.1.2.2	Passos do saneamento de focos tóxicos e de dentes	
5.1.2.3	Tempo de cura	
5.2	Desintoxicação dos depósitos	
5.2.1	DMPS	
5.2.1.1	Inalação de DMPS	
5.2.1.2	Desintoxicação do osso maxilar	
5.2.1.3	Quantidade de DMPS.	
5.2.1.4	Alergia ao DMPS	
5.2.1.5	Oligo ele mentos após DMPS	
5.2.1.5	DM SA	
5.2.2.1	Inalação de DMSA	
5.2.2.1	Alergia ao DM SA	
5.2.2.3	Desintoxicação de lactentes	
5.2.2.3		
	Terapia de doentes lesados pelo meio ambiente	
5.3.2	O selénio	
5.3.3	Alimentos saudáveis	
5.4	Desintoxicação das toxinas ambientais	09

5.4.1	Gingko biloba	69
5.4.2	Antagonista do cálcio	69
5.5	Intolerância aos metais	
5.6	Terapia comportamental	70
5.7	Medidas contra a falta de energia (depressão)	
5.8	Terapias sem sentido	
5.9	Dez mandamentos para as pessoas intoxicadas pela amálgama	
6	Alternativas	75
7	Pagamento	Q1
7.1	Direito	
7.1.1		
7.1.1	Proibição da amálgama	
1.1.2	Reacção das autoridades	83
8	Sucessos terapêuticos	
8.1	Alergias, Feer, MCS	
8.2	Falta de energia - depressão	
8.3	Dores abdominais	86
8.3.1	Lesão do fígado	86
8.3.2	Inflamação do pâncreas	87
8.4	Perturbações da micção	87
8.5	Alterações do quadro hematológico	87
8.6	Depressões, psicoses	87
8.6.1	Toxicodependência	88
8.7	Diarreias	88
8.8	Epilepsia	88
8.9	Perturbações da memória	89
8.10	Dores nas articulações (artralgias)	89
8.11	Queda de cabelo	89
8.12	Enfarte do miocárdio, perturbações do ritmo cardíaco	
8.13	Propensão às infecções	90
8.14	Infertilidade - impotência	
8.15	Interacções	
8.16	Dores de cabeça	91
8.17	Cancro	
8.18	Paralisias, MS, esclerose lateral amiotrófica	
8.19	Debilidade muscular	
8.20	Gravidez	
8.21	Tonturas	
8.22	Distúrbios da visão, da audição e da fala	
8.23	Óbitos, morte infantil súbita	
8.24	Tremores	
8.25	Refilões (quereladores)	
8.26	Psicossomática	
9	Prognóstico	96
10	Carta de uma pessoa afectada	97

1

História

Em 1840 a amálgama dentária foi proíbida pela primeira vez nos E.U.A. Durante os 15 anos seguintes qualquer dentista que trabalhasse com amálgama era expulso da Ordem.

Decorre desde então uma luta desesperada dos intoxicados pela amálgama contra os que pensam no lucro (criminosos).

Até nós termos provado que a amálgama envenena a saliva, o que pode ser comprovado com o 'teste da pastilha elástica', era afirmado o ficialmente que os metais tóxicos mercúrio, estanho, cobre e prata não eram libertados das obturações de amálgama, pois que estas seriam estáveis.

O mercúrio na amálgama é como o cianeto de potássio na praliné de aguardente: o ignorante pensa que o veneno permanece no envólucro. Até termos provado, com o 'teste do DMPS' (2,3-dimercaptopropano-1-sul fon ato sódico), que é acumulado nos órgãos, era afirmado que o veneno era quase todo eliminado e que a assimilação do veneno estava abaixo de todos os valores limite. As curas obtidas nos nossos pacientes eram desvalorizad as como sendo efeitos psicológicos. Não obstante as 25 publicações que comprovavam o oposto, 60 "especialistas" afirmavam no âmbito da audiência contra o autor sobre amálgama em 15.09.1989 em Munique, que o mercúrio inorgânico não era transformado no organismo em mercúrio orgânico. Entretanto foi tudo rectificado de forma clara e inequívoca, agora o envenenamento da população global já só é motivado pelo argumento de que este é o método mais económico de remendar os dentes. Contudo é sabido a nível mundial que a colocação de amálgama representa de longe o remendo mais caro devido aos encargos médicos resultantes.

A taxa dos casos de MS (esclerose múltipla) (na Alemanha 120 000) corresponde a nível mundial exactamente à quantidade de mercúrio que os dentistas empregam. Sem amálgama não existiria esclerose múltipla. A amálgama da mãe (síndroma de Feer) é que decide sobre a formação da doença.

De igual modo está o teor de mercúrio dos peixes de água doce relacionado com a quantidade de amálgama utilizada pelos dentistas. Quanto mais amálgama for aplicada, mais altas são as "cargas básicas através dos alimentos".

As potentes advertências relativas ao mercúrio são antigas: em 1874 o Dr. med. dent. J. Payne escreveu no *Chicago Medical Journal*: "Existem 12 000 dentistas nos Estados Unidos, os quais exercem um mercado por grosso de envenenamento (através da amálgama), e eu rogo à Sociedade Estatal de Medicina, como guardiã da saúde do povo, que socorra cooperando para que o congresso vote num projecto de lei que classifique como acto punível com prisão, colocar uma substância tóxica nos dentes, que vai prejudicar as pessoas".

O Prof. Stock, director do Instituto Max Planck, catedrático de Química, já em 1910 soube através do maior toxicologista clínico na Alemanha, o Prof. Lewin, que só seria curado do seu síndroma de Feer, i.e. distúrbios do sistema nervoso central causados por vapores de mercúrio, contraídos com mercúrio líquido no seu trabalho, caso removesse as suas obturações de amálgama. Depois disso Stock sentiu-se como renascido e tentou impedir todos os dentistas de continuarem a envenenar os seus pacientes. Os dentistas tentaram protel ar a proibição da amálgama. Fundaram em Berlim um Instituto para verificar as afirmações de Stock. 10 anos depois esse Instituto declarou que eram correctas as advertências de Stock "relativo ao pior pecado cometido à humanidade através da amálgama" e que "a amálgama deveria ser imediatamente evitada, logo que fosse conhecida uma alternativa". Desde então os criminosos fazem ouvidos de mercador.

Nesse tempo conheciam-se alternativas: ouro para os ricos, cimentos de pedra para os pobres, contudo estes conhecimentos caíram em esquecimento através das ordens de Hitler para que se utilizasse exclusivamente amálgama, pelo que se tornou, sem contradição, desde enchimento obrigatório de furos nos dentes até mesmo massa para model ar prótes es dentárias. O mercúrio estava ilimitadamente disponível como efeito colateral da indústria química de armamento/cloro.

Nos anos 60 os dentistas argumentavam como se Stock nunca tivesse existido.

O mais tardar após a comunicação de imprensa do Governo Federal Alemão em 07.08.1995, sobre a formação de doenças autoimunes através da amálgama, deveria ter decorrido por parte dos dentistas consciênciosos uma informação a todos os pacientes afectados.

É imperdoável que se oculte aos doentes, que em caso de doenças da civilização baseadas em doenças autoimunes (alergias) se devem remover minuciosamente a amálgama e o ouro e que não devem ser colocados quaisquer outros alergénios em substituição destes.

Oficialmente não pode existir intoxicação por amálgama no país de origem da indústria química (Alemanha). As pessoas afectadas são vistas como doentes mentais e, quem ajuda, como inimigo do sistema. Como ninguém conhece o modo de acção do veneno, os dentistas aplicam de imediato como alternativa os oponentes totalmente proibidos paládio e platina. Na sequência a pessoa intoxicada fica ainda mais doente e é es carnecido como doente ilusório. Só quem se informa tem hipóteses de cura.

Dado que a amálgama se acumula por baixo das raízes dos dentes e aí promove a criação de bactérias e fungos perigosos, leva sempre à perda do dente e à danificação dos órgãos do corpo, respectivamente dos nervos que estão associados a este foco. Este facto é muito amargo e difícil de compreender para os portadores de amálgama.

O que decide sobre as patologias são as consequências da intoxicação, tais como pus sob os dentes, não o número de obturações na boca.

A amálgama uma vez colocada actua durante toda a vida - mesmo após ter sido extraída. É a causa de morte mais frequente. Quem sabe o que é a amálgama e como actua nunca deixará colocar um depósito de veneno no seu corpo.

A história da amálgam a ensina-nos, que só os pacientes mais inteligentes e bem informados têm a possibilidade de se livrar ou ser salvos duma intoxicação.

Esta escrita baseia-se na experiência com mais de 20 000 pacientes com amálgama.

1.1

Toxicologia Clínica

A Toxicologia Clínica é o ponto crucial da Medicina; é a ciência da vida sob condições patogénicas conhecidas (Prof. Lewin, 1888).

Todos os ignorantes consideram a Toxicologia Clínica charlatan aria (Prof. Wassermann).

O autor fez a sua agregação em Toxicologia Clínica na Universidade Técnica de Munique e extrai os seus conhecimentos da sua actividade ao longo de mais de 30 anos como médico de urgências dos bombeiros, em helicópteros, em serviços de urgência toxicológica particular, como chefe de serviço num departamento grande da Universidade, e em missões no estrangeiro enviado pelo Governo Federal Alemão em casos de intoxicações de populações (Seveso e Bhopal). Com isso observou mais de 120 000 intoxicações graves, nas quais mais de 5000 mortos por intoxicação. Actualmente está ligado ao telefone de emergência toxicológica.

Só quem presenciou quão desamparado o médico está face ao paciente no termo de uma carreira de intoxicação é que compreende a importância da profilaxia, que a Toxicologia Clínica nos transmite.

Dado que, por cada doente com intoxicação aguda existem 100 000 doentes com intoxicação crónica, o que importa para a humanidade é exclusivamente o conhecimento das intoxicações crónicas, especialmente das toxinas ambientais. Uma intoxicação crónica só é comprovada com o melhoramento das queixas após extracção completa do veneno.

As toxinas inaladas, especialmente pelo nariz, são depositadas nos maxilares. Por isso a Toxicologia ocupa-se, para além das consequências das emissões dos automóveis, toxinas das habitações e pesticidas, também com as substâncias de reparação dentária acumuladas nos maxilares.

Para um toxicologista clínico é inconcebível como é que se pode encher os dentes de pessoas com vários grama(!) de mercúrio líquido, altamente tóxico e depois apresentar como prova cardinal da respectiva inocuidade, que a remoção do mercúrio, que é incompleta sem antídotos, não restaura a saúde do doente por intoxicação com mercúrio; não obstante tal nunca acontecer com qualquer toxina perigosa: em caso de venenos tem sempre que se contar com lesões irreversíveis nos orgãos.

A Toxicologia Clínica moderna tem todas as vias de comprovação da toxina, da sua actuação e das suas consequências. Especialmente a comprovação da formação de doenças autoimunes através da amálgama prova a formação de doenças da civilização pela amálgama. Os doentes com patologias autoimunes, juntamente com os recém-nascidos de mães portadoras de amálgama, são as vítimas da amálgama mais lamentáveis, pois na maior parte dos casos só conseguem melhorar consideravelmente a sua saúde pela perda dos dentes todos.

Nenhum médico possui formação para reconhecer e tratar uma intoxicação por amálgama.

A condição prévia para compreender a actuação crónica da toxina é possuir conhecimentos exactos sobre a intoxicação aguda, que apresenta um quadro completamente diferente: Exemplos disso são a intoxicação por álcool, que na sua forma aguda provoca desmaio e na sua forma crónica provoca estados de excitação. Uma intoxicação por nicotina tem efeito agudo estimulante, de forma crónica pode provocar um enfarte.

Em geral a intoxicação crónica é confundida com uma intoxicação aguda. Tal facto é tão incorrecto como querer explicar com a actuação aguda da nicotina os danos de décadas de tabagismo.

A inexistência de formação para tratar intoxicações proibe qualquer aplicação de toxinas.

1.2

Intoxicação por amálgama - Definição

A intoxicação por amálgama é uma intoxicação crónica, onde na maioria dos casos os valores agudos no sangue ou na urina estão dentro da normalidade.

O mecanismo que leva a uma intoxicação crónica de amálgama é uma combinação de uma intoxicação fixada geneticamente em forma de agressão sobre mais de 60 interruptores do enxofre no Acetil-CoA-SH de cada célula, e uma alergia à toxina depositada, de onde se desenvolve uma doença autoimune após décadas.

Os sintomas neurológicos são originados através do bloqueio do Acetil-CoA-SH, os sintomas imunológicos são originados através da reacção alérgica com subsequente doença autoimune.

Assim, a reacção alérgica é dirigida contra órgãos particulares do próprio e destrói-os, caso não sejam removidas atempadamente todas as suas causas. As reacções alérgicas decorrem segundo a "lei do tudo-ou-nada", não correspondem a quaisquer valores limite, por isso para os terapeutas e os doentes representa frequentemente uma luta desesperada remover todas as toxinas na fonte e dos depósitos do organismo sem deixar vestígios. Isso só se consegue quando se reconhecem e removem todas as causas e consequências sob um esforço técnico frequentemente grande e por especialista experientes.

Muitas crianças têm já desde o nascimento uma alergia à amálgama com doença autoimune derivada da amálgama recebida da mãe através da placenta ou do leite materno. A intoxicação infantil por amálgama representa a trágica raíz da problemática da amálgama, tanto mais que até agora não encontrámos nenhum cidadão alemão sem esta 'herança'.

Com isto não são só os problemas financeiros que ressaltam, mas sim em especial a problemática da "descontaminação", pois a libertação dos depósitos de toxina pode representar um risco mortal para os doentes

alérgicos com patologia autoimune. Acres ce ainda não estarem disponíveis um número ilimitado de especialistas para cada um destes casos problemáticos.

Além disso, a amálgam a dentária é, a par com o ouro, a origem de muitas doenças da civilização, tais como o enfarte cardíaco, ataque de apoplexia, a esclerose múltipla, a diabetes mellitus, o reumatismo e o cancro.

Uma eliminação da causa é pura questão de sorte.

Na linguagem oficial (alemã) uma intoxicação é denominada "carga".

1.3 Cárie

A cárie é uma patologia metabólica, na qual existe uma fraqueza imunológica contra o patogénio oral *Streptococcus mutans*, o qual corrói o dente debaixo do esmalte. Escovar os dentes e evitar o açúcar reduz apenas um pouco a cárie, contudo de modo algum elimina a causa.

O tratamento para conservar o dente terá de passar pela eliminação da causa e estabilização do sistema imunitário com vacinação contra o patogénio da cárie. Remendar os buracos com substâncias alergizantes e tóxicas conduz a uma deterioração progressiva do sistema imunitário e agravamento da doença com degeneração do dente.

A amálgama tem acção antibiótica. Após algum tempo crescem debaixo da amálgama patogénios da cárie, bactérias e fungos resistentes, perigosos, os quais provocam cárie, destroem a estrutura de suporte dentário e o osso maxilar. Este foco inflamatório, o foco tóxico, desencadeia a doença.

A amálgama destrói os dentes e provoca doenças.

A amálgama ocupa os enzimas de desintoxicação, pelo que todas as toxinas inspiradas são acumuladas na raíz dos dentes. A amálgama em conjunto com estas toxinas armazenadas actuam gradualmente como toxinas imunitárias. Este processo é acelerado pela falta de movimento corporal desintoxicante e uma alimentação pobre em vitaminas, que leva a uma carência de enzimas de desintoxicação.

Remendar buracos nos dentes não substitui evitar a causa.

O sofrimento só pode ser revertido, se se percorrer novamente e exactamente o caminho para trás: distanciamento para fora da atmosfera tóxica → remoção cirúrgica dos depósitos de toxinas → esvaziamento químico dos depósitos de toxinas → alimentação rica em vitaminas → desporto → alegria de viver.

1.4

Inteligência para se tratar

As lesões que ocorrem a longo prazo através de metais e os subsequentes focos dentários só são compreendidas por aqueles que possuem inteligência. Os outros contentam-se com o facto de o tratamento dentário ser barato e por desaparecerem as dores de dentes, pois que os nervos são anestesiados pelos metais. Nesse caso também já não é necessário lavar os dentes. Aos fumadores, des empregados e querelantes falta a compreensão necessária. Pessoas intoxicadas pela amálgama são como fumadores, que após amputação da perna como consequência do tabagismo, continuam a fumar dizendo: "A mim não me afecta".

O cidadão alemão obediente mantém a sua amálgama para toda a vida.

"Quem diz que um veneno não o afecta, está enganado" (Lewin, 1866). No meio daqueles que dizem "Sim, mas eu não sinto nada" encontram-se os esquizo fréni cos com consciência dividida através do distúrbio do glutamato causado pelo mercúrio. Só mulheres inteligentes sabem, por exemplo, que somente o tamanho de um nódulo indolor na mama decide quando um cancro da mama leva à morte (maior que 2 cm em menos que 5 anos, abaixo de 1 cm até 30 anos).

1.5 Intoxicação hereditária

As crianças herdam dos seus pais a amálgama, em parte em forma de substância pura, em parte em forma de defeito genético. Só as mães que não executam atempadamente um saneamento correcto da amálgama é que intoxicam os seus filhos:

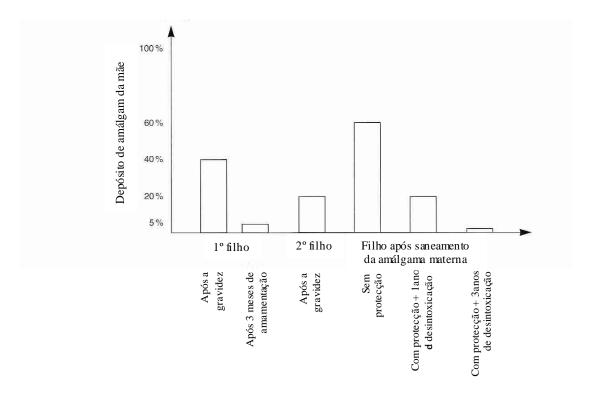
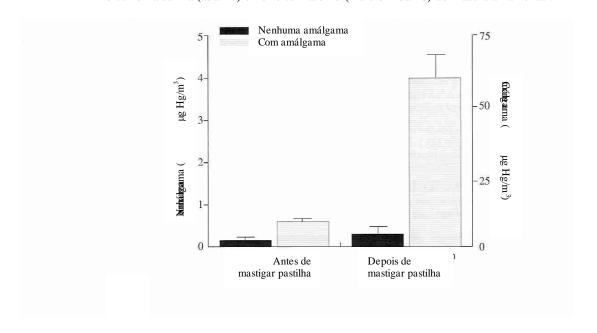
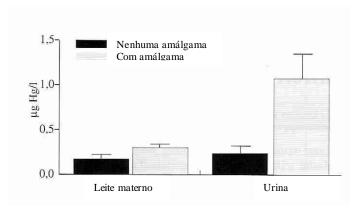


Fig. 1: Intoxicação de recém-nascidos por amálgama.

Mercúrio na saliva (abaixo) e no leite materno (mais em baixo) de mães a amamentar:





Os pediatras já quase que só vêem recém-nascidos com distúrbios neurológicos e imunológicos devido à amálgama e conformaram-se com isso.

2

Ocorrência

Não conhecemos nenhum cidadão alemão sem amálgama materna.

A amálgama materna é a fonte de toxinas mais relevante. Durante a gravidez a mãe lega ao filho até 40% da quantidade total de veneno do seu corpo, seguem-se 5% durante a amamentação.

As crianças cujas mães são portadoras de obturações de amálgama desenvolvem cárie em consequência das lesões maternas prévias, e, logo ainda em criança recebem de imediato amálgama, não obstante existir na maior parte dos casos já antes uma alergia à amálgama (inclusivé a doença autoimune materna).

O mercúrio dos dentes de leite com obturações de amálgama é depositado no maxilar antes da sua substituição e é utilizado na formação dos dentes definitivos.

Por baixo de 60% das coro as de ouro deixa-se ficar a amálgama (reconhecível pela atrofia óssea local e pelos focos metálicos na raíz dentária).

Procedemos à remoção de amálgama, que para além de mercúrio, estanho, prata, paládio, índio, zinco e cobre também continha chumbo, cádmio ou gálio (o que tinha conduzido às mais graves alergias).

A libertação de amálgama é aumentada de forma crassa, quando existem outros metais na vizinhança ou no maxilar oposto a uma obturação de amálgama (bateria oral) ou quando entram na boca bebidas quentes, alimentos ácidos (vinagre) ou ainda especialmente no caso de ranger os dentes.

O flúor das pastas dentífricas ou do verniz (protector) dentário transforma o mercúrio em mercúrio orgânico altamente tóxico, o qual é rapidamente absorvido e intoxica em particular o cérebro.

Produtos de amálgama

Os produtos seguintes contêm **50% de mercúrio líquido** mais um pó de liga, o qual é composto da seguinte maneira (% massa):

Produto	Produtor	desde	Ag	Sn	Cu	Hg	Zn	In	Pd	Zr
Amalcap-F	Vivadent	75	71,0	26,0	3,0					
Ana 68 Pulver	Nordiska	70	67,8	25,1	5,0	2,0	0,1			
Dentin 68 F	Dentina	79	68	26	5,3		0,7			
Ihdentalloy 68%	Ihde	70	68,0	27,0	4,0		1,0			
Ihdentalloy Spezial 72,5%	Ihde	70	72,5	26,0	1,4		0,1			
MT A9	MT-Metalle	84	70,0	26,0	4,0					
Quickalloy 68% AG	Wieland	60	68,0	27,0	4,0		1,0			
Standalloy F	Degussa	76	71,0	25,7	3,3					
AC 70 Non-Gamma 2	Dental	70	69,3	19,4	10,9		0,4			
Groessel	Material									
	Gesellsch.									
Alldent Non-Gamma 2	Alldent	81	44,0	29,75	25,0	1,25				
Alldent	Orbis Dental	83								
Amalcap Plus Non-	Vivadent	89	70,1	18,0	11,9					
Gamma ₂										
Amalcap Plus Non-	Vivadent	89	70,1	18,0	11,9					
Gamma ₂ Fast										
Ana 70 Pulver	Nordiska	74	63,3	19,4	10,9	0,4				
Artalloy	Degussa	74	80,0	7,0	13,0					
Artalloy caps	Degussa	76	80,0	7,0	13,0					
Blend-A-Dispers	Blend-a-med	85	70,0	18,0	12,0					
Contour	Kerr	80	41,0	31,0	28,0					
Dentina 70 Non-Gamma 2	Dentina	79	70,0	18,5	11,0		0,5			

Produto	Produtor	desde	Ag	Sn	Cu	Hg	Zn	In	Pd	Zr
Dispersalloy-Caplets	Johnson &	86	69,5	17,7	11,8		1,0			
	Johnson									
Dispersalloy-Pulver	Johnson &	76	69,5	17,7	11,8		1,0			
-	Johnson									
Dispersalloy-Tabletten	Johnson &	83	69,5	17,7	11,8		1,0			
	Johnson									
Duralloy	Degussa	85	50,0	30,0	20,0					
Epoque 2000 Duett	Nordiska	88	43,0	29,5	25,3	2,0	0,2			
Epoque 2000 Kapseln	Nordiska	85	43,0	29,5	25,3	2,0	0,2			
Epoque 2000 Pulver	Nordiska	83	43,0	29,5	25,3	2,0	0,2			
Heragam 48 Non-Gamma2	Heraeus	88	48,0	30,0	21,98					0,02
Ihdentalloy Spezial Ng2	Ihde	76	63,3	19,4	10,9					
Indium-Alloy Non-	Shofu Dental	70	60,0	22,0	13,0		5,0			
Gamma ₂										
Luxalloy	Degussa	76	70,0	18,0	12,0					
Luxalloy Caps	Degussa	85	70,0	18,0	12,0					
MTA10	Mt-Metalle	84	70,0	19,5	10,5					
Normalloy	Mueller & Weygand	75	69,3	19,4	10,9		0,4			
Oralloy Magicaps	Coltene	77	59,0	28,0	13,0					
Oralloy Tabletten	Coltene	77	59,0	28,0	13,0					
Permite C	Southem	86	56,0	27,9	15,4		0,2	0,5		
	Dental		ĺ							
	Industries									
Si-Am-Cap	Merz	76	69,3	19,4	10,9		0,4			
Sybraloy	Kerr	75	41,0	31,0	28,0					
Tytin	Kerr	84	60,0	26,0	14,0					
Valiant Ph.D.Xt.	De Trey	85	52,5	17,5	29,7	0,3				
	Dentsply	0.7	40.5	200	200					
Valiant regular	De Trey Dentsply	85	49,5	30,0	20,0					
Vivalloy HR Non-Gamma ₂ Kap.	Vivadent	86	46,5	30,0	23,5					
Vivalloy HR Non-Gamma ₂ Plv.	Vivadent	86	46,5	30,0	23,5					
Vivalloy HR Non-Gamma ₂ Tbl.	Vivadent	86	46,5	30,0	23,5					

Produtores de amálgama

Alldent AG Kerr GmbH
Poststr.233 Liststr.28

Fl-9491 Rugell D-76185 Karlsruhe

Blend-a-med Blendax GmbH Merz & Co.GmbH+Co.
Rheinallee88 Eschenheimer Landstr. 100
D-55120 Mainz D-60322 Frank furt/Main

Coltène Dental-Produkt

Fischenzstr.39

Carl-Brinkmaier-Str.1

D-78462 Konstanz

D-85614 Kirchseeon

Degussa AG, Dental Mueller & Weygandt GmbH Weissfrauenstr.9 Industriestr.25

D-60311 Frank furt D-63654 Buedingen

Dentaform Dentalprodukte Nordiska Dental GmbH

Industriepark11 Rungedamm31
D-51789 Lindlar D-21035 Hamburg

Produtores de amálgama

Dental trading Ostring1

D-97688 Bad Kissingen

Dental-Allianz GmbH Daimlerstr. 12/1 D-69469 Weinheim

Dental-Liga Oskar-Jaeger-Str.1 D-50931 Koeln

Dentalwerk Buermoos Ignaz-Glaser-Str.53 A-5111 Buermoos

Dentina GmbH Byk-Gulden-Str.10a D-78467 Konstanz

De Trey De Tech Reichenaustr.150 D-78467 Konstanz

Ihde Dental GmbH Leopoldstr.116 D-80804 Muenchen Orbis Dental Handelsges. mbH Hanau er Landstr. 208-216 D-60314 Frank furt

Shofu Dental GmbH Am Bruell 17 D-40878 Ratingen

Southern Dental Weisshaus-Str.23 D-50939 Koeln

Vivadent Dental GmbH

Postfach 1152

D-73479 Ellwangen/Jagst

Wieland Edelmetalle GmbH Schwenninger Str.13 D-75179 Pforzheim

Heraeus Edelmetalle GmbH

Gruener Weg11 D-69430 Hanau

Johnson & Johnson Dental Kaiserwerther Str.270 D-40474 Duesseldorf

2.1 Frequência

Nos últimos 25 anos não conseguimos encontrar nenhum (!!) Alemão que tenha ficado livre da amálgama dentária: 95% tinham-na eles próprios, 5% tinham-na recebido da mãe durante a gravidez (Síndroma de Feer). Todos os doentes sem excepção reagiram positivamente às componentes da amálgama no teste de alergia de longa duração e 90% reagiram positivamente a um ou mais testes de autoimunidade, 80% apresentavam focos metálicos no *spin* nuclear do cérebro.

2.2 Assimilação

Os componentes da amálgama são libertados na sua colocação, na remoção e diariamente através da mastigação, quando se ingerem bebidas quentes, comidas ácidas (vinagre) e especialmente através da lavagem dos dentes e do ranger dos dentes.

O efeito tóxico mais forte ocorre através do vapor de mercúrio, o qual é depositado no cérebro e de onde não se consegue mais remover.

A amálgama engolida conduz a mani festações de irritação locais ao longo de todo o tracto digestivo. Bactéri as intestinais e fungos (*Candida*) trans formam o metal inorgânico menos perigoso no metal orgânico altamente tóxico (metil-mercúrio/estanho), o qual é imediatamente depositado no cérebro onde conduz às mais graves lesões neurais.

A amálgama excretada através da urina conduz à inflamação dos rins e das vias urinárias.

Assimilação percentual: 60% pelo cérebro em forma de vapor,

20% através do intestino - metilado para o cérebro,

20% excretado nas fezes.

Esta quota-parte é modificada de forma prejudicial através da existência simultânea de outros metais na boca: Ouro, paládio, níquel (aparelhos ortodonticos nas crianças / extensores) aumentam consideravelmente a libertação de mercúrio através de um "efeito de pilha" (electrogalvanismo); a dimensão depende do pH da saliva. Não existem investigações exactas sobre este assunto. Só se sabe, que neste caso a quota de alergias é especialmente alta e que muitos metais são depositados nos orgãos.

3

Carácter da acção

A toxicidade da amálgama não é determinada somente pelo mercúrio. Trata-se aqui de uma intoxicação mista. Desta maneira a probabilidade de uma lesão metabólica é potenciada, tal como o é a da taxa de alergias.

A amálgama, o material de enchimento dentário cinzento metálico, contém no mínimo 50% de mercúrio metálico líquido, o resto consiste em cerca de um terço de limalhas de estanho, de prata e de cobre, respectivamente. Imediatamente antes da aplicação o dentista mistura o mercúrio líquido com as limalhas metálicas. A "plasticina" húmida é colocada no buraco do dente. Nos dias seguintes a "plasticina" torna-se progressivamente mais dura, porque o mercúrio evapora e é engolido. A amálgama permanece sempre uma mistura metálica relativamente macia, donde os metais vão sendo libertados através da acção de calor, de ácido e mecânica. Anualmente na Alemanha são colocadas nos dentes mais de 20 toneladas do metal mercúrio (em 1989 foram 37,8 milhões de obturações de amálgama).

É nos depósitos do corpo (maxilar, cérebro, etc.) que o mercúrio é perigoso, e não aquele que é passível de ser comprovado no sangue, na urina ou nos cabelos.

Em um quarto de todos os Alemães falta um enzima para a desintoxicação da amálgama, o glutatião-S-transferase (GST). Só quando este enzima de desintoxicação existe no corpo em quantidade suficiente é que se tolera a amálgama por mais tempo.

Mesmo quando a maioria do mercúrio é excretado por um sistema de desintoxicação intacto, já provocou danos anteriormente. O mercúrio depositado provoca sempre danos que, numa pessoa saudável podem aparecer só após 30 anos. Quando, onde e que os danos que ocorrem só se sabe *à posteriori*. A tabela sobre os focos de toxinas no capítulo 3.6.1. dá indicações.

A sensibilidade ao mercúrio está aumentada nos seguintes casos:

- não-nados (fetos) - intoxicados com solventes

lactentescrianças pequenasfumadores

- meninas - doentes com cancro

- pessoas magras - intoxicados com formaldeído

- intoxicados com metais - intoxicados com substâncias protectoras da madeira

A amálgama causa primeiro uma patologia psicológica, depois uma patologia somática.

Indicadores de intoxicação são:

Falta de energia alternando com irritabilidade, dores de cabeça, tonturas, tremo res, queixas do estômago e dos intestinos, perturbações de memória, perturbações do sono, sabor metálico, fraqueza muscular, dores de costas, alergia, queda de cabelo, acne, nervosismo, depressão, ataxia (falta de coordenação nos movimentos do corpo), paralisias, sensação de aspereza e secura, perturbações da audição e da visão, propensão para infecções, perturbações do ritmo cardíaco, anemia, falta de energia.

3.1 Componentes da acção

Componentes	Alergia	Distúrbio imunológico	Distúrbio nervoso
Chumbo	30%	+	+++
Cádmio	30%	+	++
Cobre	20%	+ fígado	+
Paládio	70%	+++	++
Prata	20%	+	+++ dor
Mercúrio	95%	+++	+++
Estanho	70%	+	+++
Zinco	30%	++	+

3.1.1 Estanho

Acção: O estanho é depositado no corpo tal como o mercúrio.

São sinais de intoxicação:

Fraqueza progressiva, falta de energia, neuralgias, sensibilidade dolorosa, paralisias, dores no tracto gastrointestinal que aumentam e diminuem, cefaleias, rouquidão, tosse, sensibilidade ao frio e ao calor, palidez, perturbações da visão, bronquite.

O estanho é um consumidor de zinco e é transformado pel as bactéria s comuns dos intestinos no estanho orgânico extremamente tóxico, que é o metal mais perigoso que conhecemos. A partir da amálgama são inal ados vapores de estanho tal como vapores de mercúrio. Quanto mais mercúrio for libertado, mais estanho é também libertado. O estanho é uma toxina muito forte para os nervos e para o cérebro, que ataca em simultâneo o sistema imunitário. A excreção é promovida pelo DMPS.

3.1.2 Cobre

São sinais de intoxicação:

Espasmos clónicos (com tremores), cólicas, perturbações da visão, dificuldades respiratórias, ranger os dentes, parestesias, tremor forte, fraqueza, obstipação, alergia, lesões hepáticas.

O cobre na forma orgânica é muito perigoso. Agride o fígado e o cérebro. Na água mata todos os peixes mesmo em quantidades vestigiais. O cobre desloca o zinco que é essencial para a excreção de toxinas.

Hoje o cobre está presente em quase todas as canalizações para abastecimento de água potável. Através da assimilação de cobre com a água potável, o figado de lactentes pode ser danificado a ponto de morrerem. O cobre inibe a excreção de mercúrio e estanho do corpo. Cuidado com louças de cobre; cozinhar em panelas de cobre é perigoso.

Em consequência das grandes quantidades de cobre presentes no corpo e da fraca acção do DMPS sobre o cobre, o mesmo não é ex cretado eficientemente com o DMPS. É necessário remover todos os consumidores de zinco para que o zinco esteja disponível como antagonista em quantidade suficiente no corpo. Os consumidores de zinco são para além disso consumidores de selénio e de vitaminas e destroem o sistema imunitário e o nervoso.

3.1.3 **Prata**

São sinais de intoxicação:

Medo, esquecimento, perturbações do raciocínio, dores de cabeça, tonturas, pouca resistência, fraqueza mental, debilidade muscular, dos tendões e das articulações, inchaço nas cartilagens, dores de costas, reumatismo.

A prata prejudica os tendões, a cartilagem das articulações e as articulações e aumenta a toxicidade dos outros componentes da amálgama. O DMPS promove apenas moderadamente a excreção de prata, e o zinco e o selénio são considerados sem efeito. O enxofre em forma de tiosulfato de sódio só tem acesso à prata no espaço extracelular. Sabemos muito pouco sobre a sua função metabólica exacta. A concentração considerável de prata nos discos vertebrais de pacientes operados, tal como a melhoria das queixas de pacientes com patologias nos discos vertebrais e nos joelhos, que não foram operados, mas que em vez disso foram submetidos com sucesso a uma desintoxicação de amálgama, mostra-nos que a prata não pode ser de modo algum ignorada como componente tóxico.

Nós designamos a prata da amálgama como o componente doloroso, representa "a faca" ou "o espinho" no corpo. O mercúrio conduz a danos nervosos indolores, a prata porém a danos nervosos extremamente dolorosos.

Desordem nervosa e imunológica = "psicossomática" = patologia de amálgama.

Também os animais com amálgama na boca se tornam imediatamente doentes psicossomáticos, razão pela qual os veterinários já não aplicam amálgama, pois não existe internamento em 'psicossomática veterinária'.

3.2 Amplificação da acção

3.2.1 Toxinas adicionais

3.2.1.1 Álcool

O doente de amálgama tenta frequentemente ultrapassar os sintomas de intoxicação ingerindo álcool (insegurança, perturbações do sono, tremor).

Neste caso não são os excessos raros que são perigosos, mas sim as doses mínimas frequentes. Estas promovem os processos de transformação em mercúrio orgânico que decorrem nos intestinos, o qual é preferencialmente depositado para sempre no cérebro. Este facto mais a consequente diminuição simultânea do nível de zinco

inibem a excreção e promovem a deposição do mercúrio (e de outras toxinas) nos órgãos. A abstinência imediata do álcool melhora notavelmente o estado de saúde do doente por amálgama.

Resumo

Grupo	Acção
Crómio	Alergénio, toxina imunitária, desencadeia patologias autoimunes
Dioxinas	Toxina imunitária e nervosa mais forte conhecida até à data
Formaldeído	Encontra-se, a par com antibióticos, cortisona e outros, nas pastas para desvitalizar a pulpa, é depositado irreversivelmente nos ossos maxilares, toxina nervosa forte, conduz à intolerância a substâncias sintéticas
Ouro	Alergénio, desencadeia patologias autoimunes, liga a amálgama para sempre
Índio	Alergénio, toxina imunitária, desencadeia patologias autoimunes
Cerâmica	Libertação de alumínio se estiver mal calcinada: alergia
Lindano	Inibe em 108 locais de cada célula os enzimas que assimilam potássio-sódio- magnésio, toxina nervosa, contaminado com dioxina
Cerâmica metálica	A maioria contém paládio, liberta alumínio, risco de Alzheimer, desencadeia patologias autoimunes, toxina imunitária forte
Níquel	Alergénio forte, toxina nervosa, desencadeia patologias autoimunes
Paládio	Proveniente de catalisadores de automóveis, toxina imunitária das mais fortes, alergénio, desencadei a patologias autoimunes
Fumar passivo	Quanto mais forte for a lesão cerebral provocada pelas toxinas, mais forte será por ex. a sensibilidade ao fumar passivo
Pentacloro fenol	Inibe a fos forilação oxidativa e com isso a assimilação de energia, contaminado com dioxina (pó do lar!)
Platina	Alergénio, toxina imunitária, desencadeia patologias autoimunes
Piretróides	Prejudicam o cérebro, conduzem ao "Multiple Chemical Syndrom", alergénio forte
Toxinas ambientais	Organismos com lesões pela amálgama reagem frequentemente com alergia a estas
Toxinas do lar	Organismos com lesões pela amálgama reagem frequentemente com alergia a estas
Toxinas dentárias	Qualquer substância química que é colocada na boca aumenta a acção da amálgama

3.2.1.2 Alumínio

Por vezes os dentistas utilizam capas de alumínio como um tratamento provisório. Frequentemente, pacientes com patologias provocadas pela amálgama tomam durante anos medicamentos que contêm alumínio para as dores de estômago (2 grama cada medicamento), outros bebem leite embalado em latas de conserva (leite condensado) ou cozinham em panelas de alumínio. A cerâmica mal calcinada pode libertar muito alumínio. A comprovação do alumínio é realizada através do teste da pastilha elástica. As pessoas intoxicadas pela amálgama despositam mais alumínio no corpo. Pacientes falecidos devido a perda de memória (Morbus Alzheimer), apres entavam valores aumentados não só de amálgama, como também de alumínio, no cérebro.

Em vida, muitos pacientes com patologias devidas à amálgama têm além de valores muito altos de amálgama, valores muito altos de alumínio no osso maxilar doente. Estes pacientes apresentam perturbações da memória extremas após um período de actuação superior a 15 anos. Valores altos de alumínio no sangue total (eventualmente na urina) indicam uma carga actual alta. É mais importante parar esta carga do que diminuir o depósito com antídoto (*Desferal* intramuscular todas as 6 a 12 semanas).

Pela experiência, em caso de intoxicação crónica pelo alumínio, a remoção da co-toxina como a amálgama através do DMPS traz mais melhoras ao paciente do que apenas a remoção do alumínio com *Desferal*. O ferro é

fortemente diminuido pelo *Desferal*, por isso tem que ficar sob análise em casos problemáticos (sobretudo nas crianças em cres cimento e nas mulheres).

3.2.1.3

Emissões de automóveis

Além de chumbo, platina, paládio, titânio, benzol, álcool metílico e formaldeído, encontram-se nos gases de escape dos automóveis um número incontável de substâncias cancerígenas prejudiciais para os nervos e para o sistema imunitário. Quanto mais alta for a concentração de amálgama armazenada no corpo, maior é a deposição de chumbo no osso maxilar. Quantas mais raízes desvitalizadas estiverem enchidas com formaldeído, maior a disfunção metabólica do formaldeído através da permanência no trânsito da cidade. O condutor de automóvel inspira os gases de escape tóxicos dos outros automóveis. Após uma viagem de automóvel com 20 minutos de duração já se podem medir no corpo quantidades consideráveis de toxinas incorporadas. Casas situadas ao lado de estradas com muito trânsito apresentam, no pó varrido em casa, valores altos de chumbo e benzol, entre outros.

A intensificação do veneno acontece tanto através da lesão dos orgãos (cérebro, rins, sistema imunitário, medula óssea hematopoiética) como através da danificação do mecanismo de excreção (falta de zinco).

3.2.1.4 Dioxinas

Este é o veneno mais forte dos sistemas imunitário e nervoso e está em todas as pessoas dos países industrializados. É prejudicial em qualquer concentração. Esta ultra-toxina potencia a acção da amálgam a.

3.2.1.5 Formaldeído

Em vez de extrair os dentes infectados, como antigamente, hoje trata-se a raíz e enche-se esta com um material de enchimento de raíz. Até há pouco tempo utilizava-se o arsénio para matar a pulpa. Hoje utilizam-se, sem excepção, pastas que contêm formaldeído e uma série de alergénios (cortisona, antibióticos) como material para encher a raíz.

Este formaldeído permanece no osso maxilar para toda a vida e é libertado permanentemente para o resto do corpo. Uma raíz de dente com formaldeído potencia o efeito da amálgama cerca de 100 vezes. O formaldeído que migra permanentemente para o sangue, dia e noite, conduz a um distúrbio da sua decomposição através do consumo do ácido fólico (enzima para decompor o formaldeído) devido à amálgama. O mercúrio causa também um defeito genético da decomposição do formaldeído através de uma mutação pontual. No teste (fumar passivamente ou após comprimido de ácido fólico) este facto revela-se pelo aumento da taxa de degradação em forma de ácido fórmico na urina (danos no sistema imunitário) e/ou no aumento da taxa de síntese de álcool metílico (= metanol; lesões nervosas), a partir do qual mais tarde se forma de novo formaldeído e ácido fórmico. Nestes casos é necessário colocar como obturação um *inlay* sintético preparado no laboratório. Em vez de cola sintética é melhor utilizar cimento. Quando a degradação do formaldeído está perturbada, este conduz a um forte nervosismo com tremores, a perturbações do raciocínio, alergias e lesões imunitárias fortes e até ao cancro. No fumo passivo encontra-se especialmente muito formaldeído.

3.2.1.6 Ouro

O ouro liga a amálgama. Na medicina ocupacional o instrumento de medição de amálgama dos dentistas é um a folha de ouro. O ouro não é a alternativa certa, pois fixa para toda a vida o depósito de amálgama não extirpável no osso maxilar e no cérebro. A platina já não é tolerada por nós devido às nuvens de platina dos catalisadores dos automóveis. Debaixo de 90% das coroas de ouro encontra-se um coto de amálgama. Este facto é reconhecível pelo depósito de amálgama à volta da raíz e pela tatuagem de amálgama na mucos a. Em ratos saudáveis o ouro induz doenças autoimunes, i.e. doenças mortais da civilização.

3.2.1.7 Cerâmica

A cerâmica que é paga pela "caixa de saúde" (na Alemanha) está mal calcinada (menos de seis idas ao forno) e liberta muito alumínio (até 31 milhões de µg/kg coroa). Para a colagem são utilizadas maioritariamente substâncias sintéticas que contêm formaldeído. Comprovação no teste da pastilha elástica. Muitos lesados pela amálgama apresentam uma forte alergia ao alumínio e ao formaldeído.

3.2.1.8 Lindano

O Lindano bloqueia em 108 locais de cada célula os enzimas que assimilam potássio, sódio e magnésio. É uma toxina neuronal, está contaminado com dioxina; causa leucemias. Comprovação da mesma forma que no caso de pentacloro fenol. Em caso de alergia reage positivamente no teste de alergia de longo prazo.

3.2.1.9 Paládio/Titânio

O paládio está frequentemente contido nas ligas de ouro para obturações dentárias. As pessoas intoxicadas pela amálgama não toleram quaisquer vestígio de paládio. O titânio é utilizado para implantes, pontes e ancas artificiais.

As nuvens de titânio e de paládio dos gases de escape dos automóveis são as razões pelas quais nós já não toleramos, de todo, estas toxinas. O desgaste por friçção é comprovado no teste da pastilha el ástica, a alergia no teste de alergia de longa duração (ver 4.3.1). A alergia ao paládio (70%!) está frequentemente associada a uma alergia ao níquel. Em casos graves é necessário extrair o dente e fres ar várias vezes a cavidade da raíz. Os sintomas de uma intoxicação por paládio são quase idênticos aos da amálgama.

3.2.1.10

Tabagis mo passivo

Para além das mais de 800 substâncias cancerígenas (dioxinas) presentes no fumo do tabaco, e do cádmio que é assimilado do fumo em grandes quantidades e prejudica os rins e os ossos (osteoporose), é especialmente o formaldeído que prejudica forte e objectivamente os intoxicados pela amálgama que fum am passivamente. A alergia à nicotina é comprovada pelo teste epicutâneo.

Ao fumar passivamente são assimiladas muito mais toxinas que ao fumar activamente. No último caso algumas toxinas são destruídas pelo calor do cigarro.

Somente após 20 minutos a fumar passivamente, o teor dos produtos de decomposição ácido fórmico e metanol (ver cap. 2.2.6.1 formaldeído) pode alcançar quantidades ameaçadoras na urina. Um teor alto de ácido fórmico prejudica o sistema imunitário, um teor alto de metanol prejudica o sistema nervoso. Contudo, a nossa sociedade química não proteje nem doentes nem crianças destes venenos.

O tabaco é conservado através de um processo de lavagem com agentes que contêm mercúrio. Enquanto as pessoas que estão doentes devido à amálgama ainda fumarem, de certo não merecem tratamento médico.

3.2.1.11

Pentaclorofenol

Esta substância danifica em cada célula a assimilação de energia através do bloqueio da fos forilação oxidativa e, com isso, danifica o motor de energia, "o motor trabalha com o pedal de aceleração a fundo e com uma embraiag em partida". Este produto está contaminado com dioxinas. Assim, as casas que foram tratadas com protectores de madeira contendo pentacloro fenol ficaram a conter dioxinas! Conduz a perturbações hormonais e nervosas assim como a cancro. É proibido desde 1979. Pode ser comprovado no pó varrido em casa, no sangue total quando se encontra numa fase aguda e no teste epicutâneo numa fase crónica.

3.2.1.12 Piretróides

Todos os químicos que matam animais (insecticidas, pesticidas) não devem estar no espaço da nossa habitação a longo prazo, dado que prejudicam o sensível cérebro humano nas mais pequenas quantidades vestigiais. Muitos destes venenos nem sequer conseguimos medi-los no nosso sangue, alguns deles nem no pó da casa, contudo têm efeito sobre o nosso organismo (por exemplo os piretróides).

Os piretróides danificam o cérebro e provocam hipersensibilidade ol factiva, quer dizer uma neuroalergia aos químicos ambientais.

A comprovação realiza-se através do teste epicutâneo de longa duração (ver 4.3.1).

3.2.1.13

Toxinas ambientais

O mercúrio da amálgama provavelmente nunca nos faria tanto mal se o sistema de desintoxicação do nosso corpo, e com este o sistema imunitário e o sistema nervoso, não estivessem afectados de forma tão crítica através de numerosas outras toxinas de longa acção, às quais estamos expostos diariamente. O que é decisivo neste contexto é a quantidade de dioxina que está armazenada no corpo.

3.2.1.14

Toxinas da habitação

Alguns produtores de substâncias químicas desenvolveram novas possibilidades de fomentar as transacções/vendas da indústria química, nomeadamente espalhando em altas concentrações detritos químicos altamente tóxicos e baratíssimos, por todos os espaços habitacionais, inclusivé quartos de crianças, em forma de protectores da madeira.

Com efeito, estes venenos matam todas as moscas e plantas, mas casos de morte em pessoas só vieram a ser conhecidos, como esperado, décadas depois.

Em primeiro lugar adoeceram rápida e gravemente aqueles que também não toleravam a amálgama, tornando-se assim nítidos os distúrbios metabólicos, em especial o défice de zinco prejudicial aos enzimas. A comprovação é efectuada através do teste de alergia epicutâneo (ver 4.3.1).

3.2.1.15

Toxinas dentárias

Os materiais de obturação dentária contêm 800 químicos diferentes. Assim, só o cimento contém 300 substâncias químicas diferentes; materiais sintéticos no mínimo 30 químicos diferentes. Embora não sejam de longe tão tóxicos como a amálgama, na maior parte dos casos não são tolerados pelas pessoas intoxicadas pela amálgama devido ao seu alto potencial alergénico (ver 4.2.1.1). São comprovados no teste de alergia epicutâneo.

3.2.1.16

Outras toxinas

Um número incontável de outras toxinas (alimentação, vestuário) influenciam de forma prejudicial o efeito da amálgama (ver "Manual das Toxinas Ambientais", editora ecomed, - em língua alemã). Comprovação através do teste epicutâneo.

Uma pessoa intoxicada pela amálgama que assimilou durante mais de 15 anos o seu veneno, nunca se restabel ecerá, se não reconhecer e eliminar em conjunto todas as fontes de toxinas importantes. As autoridades só se importam com a fonte de toxinas que qualquer um conhece e reconhece, e cuja eliminação não seja demasiado dispendiosa.

3.2.2 Outros factores

3.2.2.1

Dentes desvitalizados

Os dentes desvitalizados podem causar problemas de três maneiras:

- 1. O nervo morre por si próprio, formando uma toxina de decomposição
- 2. O nervo (a raíz) é morto através de uma neurotoxina.
- 3. É colocado um "pivot de prata", isto é, coloca-se paládio a 60% na raíz previamente cauterizada (causa criação de pus na raíz e dores nas articulações). Dentes desvitalizados só podem ser extraídos quando já não existirem obturações como a amálgama, que podem penetrar na cavidade da ferida, quer dizer só após o saneamento da amálgama.

3.2.2.2

Dentes do siso inclusos

Dado que, como "carnívoros", os nossos maxilares são pequenos demais para os seus respectivos oito dentes, os dentes do siso ficam encravados no canal nervoso no ângulo maxilar desde cerca dos 14 anos de idade. Aí conduzem a uma irritação permanente, a qual no maxilar superior produz efeitos negativos na psique e no maxilar inferior produz efeitos negativos na energia do sistema nervoso central. Os dentes do siso encravam também a irrigação da fileira de dentes inteira e podem por isso fomentar a morte dos dentes vizinhos.

Estes dentes do siso inclusivé a bolsa dentária devem ser removidos cirurgicamente o mais tardar aos 16 anos de idade. Contudo só se deve proceder assim se o saneamento da amálgama tiver sido concluído antes, pois de outra maneira as toxinas penetram profunda e irreversivelmente no osso maxilar. Perante toxinas como a amálgama no maxilar a cavidade da ferida tem que ser mantida aberta com uma gaze embebida em tetraciclina para efeitos de sucção e limpeza, mesmo quando os dentes do siso ainda não tenham rompido.

A gaze de tetraciclina tem como função sugar do maxilar a amálgama lá depositada.

3.2.2.3

Electricidade

A radiação magnética provém de écrans, computadores, telemóveis, cabos de alta tensão, despertadores eléctricos e outros aparelhos eléctricos.

Fontes de electricidade libertam componentes da amálgama e ionizam-nas. As coroas de metal presentes em simultâneo, especialmente as que contêm paládio, provocam uma electrosensibilidade.

Daunderer, Max (2000): "Amálgama", Editora ecomed, ISBN 3-609-63496-9

Se já foi induzido um processo electroquímico através da vizinhança de uma ou mais ligas metálicas ao lado ou em frente de obturações de amálgama, então os fenómenos de dissolução no campo magnético multiplicam-se. Da mesma forma aumenta o efeito de focos de toxinas, causados por depósitos de metais, sobre o organismo inteiro.

3.3

Mecanismo da lesão

O mercúrio libertado é inspirado, chega ao cérebro através do nariz e dos seios perinas ais via nervo ol factivo, nomeadamente à hipófise que é extremamente sensível às toxinas, ou entra no sangue através dos pulmões com a sua gigante superficie de 400 m². Parte do mercúrio é engolido e transformado no mercúrio orgânico, 100 vezes mais tóxico, pelas bactérias comuns dos intestinos.

Uma outra quota-parte do mercúrio é assimilado pelo organismo através das gengivas, dos canais dentinários, da raíz e dos ossos maxilares. O mercúrio assimilado distribui-se pelo organismo inteiro. Certos órgãos acumulam fortemente o mercúrio respectivamente por ordem decrescente: mucosa bucal, raíz dentária, tumores (cancro), quistos, verrugas, acne, fígado, areais cerebrais específicos, nervos, rins, tiróide, ovário, testículo, pâncreas, mucosa intestinal, globo ocular, ouvido interno, musculatura, pedra vesicular, e outros.

O mercúrio é constantemente transformado da sua forma inorgânica para a orgânica. Mercúrio orgânico é cancerígeno. A amálgama numa cavidade dentária distribui-se por todos os dentes e respectivas raí zes através do sistema de fixação dentário e pode caus ar um afrouxamento dos dentes (parodontose).

O tipo de fixação da toxina na célula é determinado geneticamente.

O variado padrão de sintomas é devido à multiplicidade dos mais variados pontos de agressão. Muitos pontos de agressão estão descritos como patologia individual (Alzheimer, esquizofrenia, e outros).

O modo de acção do mercúrio é determinado de forma genética em cada indivíduo.

3.3.1

Pontos de ataque para o mercúrio em cada célula

O mercúrio bloquei a o metabolismo nervoso em mais de 60 locais em cada célula, associando-se ao grupo de enxofre-oxigénio do fermento Coenzima A:

Hg - SH - Coenzima A

Este bloqueio enzimático afecta os seguintes metabolismos:

Cerebral Lipídico Formaldeído

Nervoso Hidratos de carbono Elementos vestigiários

Proteico Vitaminas (A, F, B12)

Não existe quantidade inócua de mercúrio.

Metabolismo da energia:

Oxaloacetato - ATP Citrato Liase

Acetil-CoA – Aconitato Hidratase (Aconitase)

 $Malonil\hbox{-}CoA-Acetil\hbox{-}Malonil\hbox{-}Enzima$

Metabolismo das proteínas

Acetil-CoA – Homocitrato (L-Lisina)

2-Ceto-Adipato – 2-Cetoglutrato Dehidrogenas e

 $Succinil\hbox{-}CoA-N\hbox{-}Succinil\hbox{-}2\hbox{-}amino\hbox{-}6\hbox{-}Cetopimelato$

Propionil-CoA – Acetil-CoA Sintetase

Alanina-Alanil-CoA

Malonosemialdeído - Malonato Semialdeído Dehidrogenase

Acetil-CoA -Lipoato Acetiltrans ferase

Glioxilato-L-Malato

Buturil-Malonil-Enzima – Buturil-Enzima

Acetil-CoA – Homocitrato (L-Lisina)

Proteínas nervosas

Acetil-CoA – Fosfatoacetiltrans feras e

Acetil-CoA - Glucosamina-P-Acetiltrans ferase

 $Succinil\hbox{-}CoA-3\hbox{-}Ceto\hbox{-}Adipato\hbox{-}CoA\ Transfer as e$

Metabolismo do formaldeído

Formiato - Formato-Dehidrogen ase

Metabolismo dos lípidos

Dehidroacil-CoA – Palmitil-CoA-Enzima

Dehidroacil-CoA – Dehidrogenação

Ácido gordo-Fosfolipase A

L-1-Liso fos fatidato – Glicerol-P Aciltransferase

Dehidroacil-CoA - L-1-Lisofos fatidato

Acetil-CoA - Enzima - ACP Acetiltransferase

Colina - Colina Acetiltransferas e

Esfingosina-Acil-CoA

Fosfolipase A2-Acil-CoA

D-1, 2-Diglicérido - Triglicéridos

Acil-CoA - Acil Tiocinase

Acil-CoA - Carnitina Palmitoil Transferase

Acetil-CoA – 3-Cetiacido-CoA Transferas e

Acetil-CoA - AcetilCoA Acetiltrans ferase

3-Cetoacetil-CoA - Dehidroacil-CoA

Acetoacetil-CoA - Acetoacetil-CoA Hidrolase

Acetil-CoA – Hidroximetilglutaril-CoA-Sintase (*Esquizofrenia*)

Acil-Carrier-Proteína-Holo-ACP-Sintetase

Vitamina A

2-Metilaceto acetil-CoA – Acetil-CoA-A cetiltrans feras e

Retinol (Vitamina A) – Retinol Palmitato Esterase

Proteínas cerebrais

2-Ceto-Isocapronato - CoA-SH

2-Ceto-Metilvalerato - 2-Metil-Buturil-CoA

3-Hidroxi-3-Metil Glutaril-CoA-Dehidrogen ase (Glutaracidúria) Redutase

2-(Alfa-Hidroximetil-)TioPP -Piruvato Dehidrogenase

2-(Alfa-Hidroximetil) TioPP - E-Lip-SH

2-Ceto-Isovalerato -2-Isopropilmalato Sintetase

2-Ceto-Isovalerato – Isobutiril-CoA

Ácidos biliares

Colesterol – Colesterol Aciltransferase

3 Alfa, 7 Alfa, 12 Alfa Trihidroxi-5-beta-Colestanoato – Colestanil-CoA

3 Alfa, 7 Alfa, 12 Alfa, 24 Tetrahidroxi-5-bet a-Colestanoil-CoA – Propionil-CoA

Ácido colinico-Coloil-CoA - Coloil-CoA-Sintetase

(Taurina-Taurocolato, Glicerina-Glicocolato)

3.3.2

Alergia à amálgama

Os componentes da amálgama como o mercúrio e o estanho são alergénios do tipo tardio. Uma alergia à amálgama só pode ser comprovada no teste de longo prazo. Na alergia à amálgama trata-se de uma perturbação séria do sistema imunitário, após o veneno ter já exercido o seu efeito prejudicial no sistema celular inteiro (ver acima). Quando a alergia se manifesta o alergénio está depositado em todas as células do organismo e distribuído quase uniform emente em todo o organismo. Tal facto é muito trágico, quando a pessoa, após anos ou décadas, reconhece que o veneno lhe causou uma doença e o quer remover completamente, o que naturalmente já não é possível.

As queixas locais tais como estomatite de contacto, gengivite, *lichen ruber* da mucosa bucal, alterações aftos as que recidivam permanentemente ou uma dermatite perioral que não responde a terapia nenhuma, são apenas a ponta do complexo total de queixas, com relacionamento temporal entre o tratamento com amálgama e a manifestação patológica.

Uma alergia ao níquel é uma indicação que existe também uma alergia à amálgama, pois qualquer paciente com alergia à amálgama manisfesta uma alergia ao níquel.

80% dos pacientes com alergia à amálgama so frem também de uma alergia ao ouro, nomeadamente ao paládio, caso tenham também uma coroa dentária de ouro.

3.3.3

Doenças autoimunes

Qualquer alergia a um alergénio depositado no organismo que perdure durante muito tempo pode ser a causa de uma doença autoimune. De 400 doenças comprovadamente autoimunes, em 94% dos casos a causa era a amálgama (em 2% a causa era o ouro, em 2% era o paládio, 1% pentaclorofenol, 1% diluentes).

Assim, a amálgama é a causa mais importante das doenças autoimunes. 5% dos cidadãos alemães morrem delas. Todas as doenças importantes da civilização têm a sua raíz numa doença autoimune.

As doenças autoimunes são intoxicações por toxinas depositadas, como a amálgama e o ouro, as quais, tal como as alergias das células, conduzem a uma destruição de células, de órgãos ou do organismo inteiro segundo a "lei do tudo ou nada". A autoimunidade é a reactividade do sistema imunitário contra estruturas do próprio organismo (autoantigénios), quer dizer contra "o próprio".

O organismo arde de dentro para fora. As doenças autoimunes são mortais se não se eliminar a causa real. A cortisona só adia, por vezes, a morte um pouco e, no início, atenua os sintomas; contudo promove, em conjunto com a causa da doença, a debilidade da defesa imunitária contra os imunocomplexos autodestrutivos. Os casos mais trágicos são aquel es, em que em vez de se proceder a uma eliminação correcta da causa, os pacientes são empatados com psicoterapia ou então submetidos a cirurgi as mutilantes sem sucesso, como por exemplo a uma remoção do intestino na colite. Após a remoção do veneno pode ser eleita como terapia sintomática tanto a aplicação específica de anticorpos da mesma espécie, como a aplicação de linfócitos T, os quais ajudam os autoanticorpos a produzir células B (reumatismo-anti CD4, tireotoxicose-células-T-helper, cloni) ou ligam os autoanticorpos produzidos pelas células B através da formação de complexos. Contudo a condição prévia é sempre a remoção da causa, a qual em todas as doenças da civilização consiste na remoção de todos os metais dentários (sob proteção!) e dos focos tóxicos (pus) da boca.

Doenças autoimunes pela amálgama

Acne mediterrâne a Hepatite, crónica e viral Addison Hidrocéfalo congénito Alergias Hipertiroidismo Basedow

Alveolite In fertilidade

Alzheimer, Morbus Inflamação do músculo cardíaco (Miocardite) Anemia hemolítica Inflamação do pericárdio (Pericardite)

Anemia perniciosa Inflamações renais

Anorexia Kleine-Levin, Síndroma de

Asma Leucemia (aguda mielóide, linfática)

Atrofia cerebral congénita Leucopéni a

Atrofia da mucosa intestinal Lúpus erythematodes Atrofia do cerebelo Menopausa precoce Atrofias musculares Miasténia grave Microen fartes Audição fraça

Miller-Fischer, síndroma de Cancro (mama, intestino grosso, pâncreas, estômago,

pulmões)

Chronic Fatigue Syndrom Mixedema primário Churg-Strauß, síndroma de Mononucleose Cirrose hepática biliar Morte infantil súbita Cirrose hepática criptogénica Motoneurões, síndroma dos Colite ulcerosa Multiple Chemical Syndrom

Crest, síndroma de Narcol epsia Dermatomiosite Neurodermite Neuropatia Motora Multifocal Descolamento da retina

Diabetes

Diabetes mellitus Pemphigus vulgaris Doença celíaca Perturbações da hemostase Doença de Bechterew Poliartrite Doença de Crohn Psoríase

Doença de Hodgkin Queda total do cabelo (Alopecia totalis, areata)

Pemfigóide

Doença de Raynaud Oueixas cardíacas Doenças da tiróide Reumatismo (Artrite) Doenças vasculares (vasculite) Sharp, síndroma de Duchenne-Aran, síndroma de Sprue (diarrei as) Stiff-Man, síndroma de Eclampsia

Endocardite Tireotoxicose Esclerodermia Tiróidite (Hashimoto) Esclerose Lateral Amiotrófica Tourette, síndroma de

Esclerose Múltipla Trombocitopénias Esquizo freni a Trombocitose Febre reumática Tumor de Wilms Feer, síndroma de Ureite fagocitária

Felty, síndroma de Vasculite (Enfartes cardíacos e cerebrais)

Visão fraca Fibromialgia

Fibrose pulmonar Vista, doença simpática Gilbert-Meulengracht, síndroma de Vista, Síndroma de Sjögren Willebrandt-Jürgens Goodpasture, síndroma de (insuficiência renal)

Guillan-Barré, síndroma

Granulomatose de Wegen Wilson

3.4

Sintomas ("Síndroma de Daunderer")

Sintomas do sistema nervosos:

Agressividade Perturbações do ritmo cardíaco

Medo do novo Calores súbitos Medo de sufocar Tensão alta

Falta de energia Perturbações da audição/ Perda súbita da audição

Impotência

Insociabilidade Hiperactividade Dispneia/apneia Hiperactualidade

Irritação colérica Tétanus de hiperventilação? Pronúncia imprecisa Histeria

Lesões nos discos cervicais
Dores de barriga

Dores de barrig a Dor ciática
Chichi na cama/Enurese nocturn a Carcino fobia
Perturbação da consciência Dores nos ossos
Falta de visão do essencial Cefaleias (Enx aqueca)
Perturbação do raciocínio no tempo, no espaço Medo do cancro

Depressão Dores lombares
Desinteress e Paralisias
Imagens duplas Dores uterinas?
Toxicodependência Aprendizagem fraca
Perturbações sensoriais Perturbações da líbido

Falta de energia Dores nos meniscos
Espasmos epilépticos Timidez perante pessoas
Perda da vista/cegueira Reduzida capacidade de memorização

Fadiga permanente Sentimento de inferioridade Corar facilmente Cansaço Exaustão rápida Esclerose múltipla

Sensação de su foco Dores na boca Ficar surdo Fraqueza e espasmos muso

Ficar surdo Fraqueza e espasmos musculares
Perturbações ao comer Tremores musculares

Frigidez Fraqueza nervosa
Perturbações da memória Neurose
Perda de memória Nervosismo

Pensamentos sombrios Ecocondrí aco
Sensação de ter um vidro fosco à frente Ataques de pânico

Sensação de estar ao lado de si próprio Sensação de ter pele coberta de pelo?

Doença cerebral Polineuropatia

Dores articulares dos membros Fumar

Perturbações do olfacto Reação mais lenta Alteração da excitabilidade sexual Irritabilidade Paralesia facial Dores nas costas

Tremores faciais Pescoço inclinado Tensão interior/ansiedade Esquizo freni a, perturbação

Perturbações do equilibrio Esquizo Ilenta, perturbação Insónia

Megalomania Apneia do sono (morte infantil) Neurose cardíaca Perturbações do sono

Sensações cardíacas Perturbações do engolir Soluços Dores

Ser-se assustadiço Ataques de gritos
Timidez Sensação de fraqueza

Tonturas Dores nos tendões e nos ligamentos

Tendência para o suicídio

Fluxo de saliva

Gaguez

Tiques

Perturbações da visão
Labilidade do humor
Sensações de surdez
Neuralgia do trigémio

Irresolução Inquietude interior
Mania da perseguição Distonia vegetativa
Alucinações Tendência para o choro
Ataques de fúria Ranger de dentes
Tremor intensificado por intenções Escrita trémula

Sintomas do sistema imunitário:

Alergias Acne

Anorexia Falta de apetite Aftas recidivantes Asma

Ataques de falta de ar Flatulência Bolhas na boca Anemia

Tensão arterial alta/baixa Perturbação da coagulação sanguínea

Aumento da glicémia Bronquite

Colesterol alto Patologia/inflamação do intestino
Dermatite perioral Diarreias

Perturbações da circulação sanguínea Falta de ferro
Perturbações do comer Eczem as
Sensitividade eléctrica Dermatose
Alergia ao formaldeído Calafrios

Pés frios Espasmos nos vasos
Dores articulares Perda de peso
Gingivite Queda de cabelo

Vontade de urinar permanente Inflamação do músculo cardíaco

Perturbação hormonal Acesso de tosse Tumor da hipófise Fraqueza imunitária

Tendência para in fecções Dor ciática

Prurido Não ter filhos/infertilidade

Malformações congénitas Morte infantil Estomatite de contacto Cancro

Lesão hepática

Lichen ruber na mucosa da boca

Úlcera no estômago

Sabor metálico

Mucosa bucal cor de cobre

Miomas

Inflamação dos seios perinasais

Neurodermite/ec zema atópico Lesões renais
Parodontose Micose
Dores de garganta Dismenorreia
Reumatismo Resfriado persistente

Psoríase Infertilidade
Muita/pouca urina Obstipação
Infecções virais Hidrocéfalo

Perda dos dentes Gengivas azul-violeta Inflamações da gengiva Falta de zinco

Perturbações do ciclo menstrual

3.5

"Carreira da amálgama"

Recém-nascido	Hidrocéfalo, cegueira, surdez, eczema atópico
(atrav és da mãe)	Inquietude, chora, bebe mal, peso baixo, articulações hiperflexivéis
Primeiros meses de vida	Morte súbita por apneia durante o sono
Idade de Jardim Infantil	Cólicas umbilicais, enurese/chichi na cama, choroso, insociável, introvertido,
	"histérico", sem referência, colérico, desinteressado
Idade escol ar	Dificuldades de aprendizagem, asma, fraqueza da bexiga urinária, perturbações da
	visão, perturbações da audição, fraqueza muscular, dependência de estimulantes
	(fumar, álcool), anemia, síndroma hipercinético (Feer)
Pelos 16 anos	Esquizo frenia (hebe frenia/demência preco ce), suicidalidade, anorexia, depressão,
	toxicodependência, perturbações da menstruação, hipersexualidade, insociável,
	acne, falta de energia
Pelos 20 anos	Esclerose múltipla, enxaquecas, dores articulares, dores abdominais, dores da
	bexiga urinária, nefrose, perturbações da memória, dores na práctica de desporto,
	palpitações cardíacas (?), medo, agressividade, ardor da vista, inflamações da
	vista, inflamação do nervo óptico, alergias
Pelos 30 anos	Reumatismo, Colite ulcerosa, Morbus Crohn, tremores, tonturas, infertilidade,
	aumento do colesterol, inflamação do músculo cardíaco, fraqueza muscular,
	úlceras no estômago, calafrios, quistos nos ovários, miomas uterinos, micoses,
	perturbações da circulação sanguínea
Pelos 40 anos	Diabetes, electrosensibilidade, dores nas costas, predisposição para infecções,
	multiple chemical syndrome, distúrbio do metabolismo do formaldeído,
	perturbações da coagulação sanguínea, Morbus Bechterew, esclerose lateral
	amiotrófica, queda da produtividade, perda súbita da audição, perturbações do
	sono, queda de cabelo, psoríase, eczemas, lumbago, paralisias, sensação de
	surdez, neuralgias (trigémino), conflitos conjugais (divórcio)
Pelos 55 anos	Osteoporose, cataratas/glaucomas, descolamento da retina, electros ensibilidade,
	patologia renal, hipertensão, patologia hepática, tinnitus (zumbido nos ouvidos),
	alterações da mucosa bucal, perturbações do ritmo cardíaco, tumores
Pelos 60 anos	Ataque de apoplexi a (AVC?), enfarte cardí aco, cancro, enfermidade, caquexi a (?),
	demência (Morbus Alzheimer)

O que é característico para a amálgama é a multiplicidade de sintomas que provoca dependendo do tempo de actuação.

90% de todas as doenças são co-influenciadas ou provocadas pela carga da amálgama. Os médicos, os psicólogos e os sociopedagogos lucram com as consequências da amálgama, aos contribuintes elas custam imensidades.

3.6 Focos dentários

A amálgama é um antibiótico. Onde um antibiótico actuou durante longo tempo seleccionam-se bactérias e fungos resistentes e perigosos. Estes por sua vez transformam o mercúrio inorgânico menos perigoso em mercúrio orgânico altamente tóxico, o qual se deposita no cérebro. O local de formação de bactérias e vírus em redor da estrutura de suporte do dente e respectiva raíz é denominado "foco dentário". Na ausência de cargas/stresse extremos o foco permanece encapsulado e vai prejudicar órgãos individuais via um estímulo nervoso (Trigémino) que se reúne na cabeça na *Medulla oblongata* com outros nervos do organismo. Em princípio todos os nervos são atingidos neste processo, contudo os antigos chineses descobriram há mais de 3000 anos que, segundo o princípio da acupunctura chines a, determinados órgãos ou sistemas que estão associados aos

dentes são les ados com maior frequência. Este esquema é denominado de "Esquema dos focos dentários" (Fig. 3.1). A lesão do respectivo órgão é a consequência directa da intoxicação por amálgama e com isso faz parte da doença da amálgama. Como numa enciclopédia pode ler-se no esquema dos focos dentários qual dos sistemas do organismo foi prejudicado pela obturação de amálgama, e onde é de esperar uma doença autoimune.

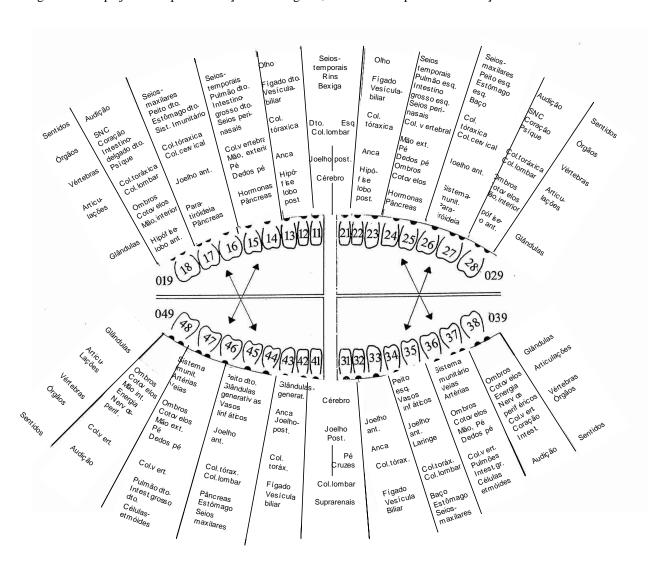


Fig. 3.1: Esquema dos focos dentários.

SNC = sistema nervoso central, dto. = direito/ lado direito, esq. = esquerdo/ lado esquerdo, ant. = anterior, post. = posterior, sist. = sistema, col. = coluna, ext. = exterior, ant. = anterior, perif. = periférico

Focos dentários representam perturbações do metabolismo devido a toxinas locais e toxinas ambientais. Um foco dentário sente-se após injecção de um anestésico local no dente que na radiografia maxilar apresenta foco, i.e. inflamações através de bactérias, fungos ou toxinas. Após cerca de 20 minutos sente-se repentinamente a área afectada pelo foco (por ex. joelho, coluna vertebral, globo ocular, etc; ver estímulo do foco). Os órgãos respectivamente associados ao dente estão representados no esquema. O que é difícil, é que os dentes estão ligados à direita e à esquerda, em baixo e em cima, através do palato e da superfície da língua, dependendo da raíz com foco. Nos dentes com três raízes, podem por ex. ter foco uma ou duas raízes (exame de vitalidade discreto).

O que é típico para um foco dentário é um dente desvitalizado, amálgama profunda (em proximidade com a raíz), amálgama por debaixo de ouro, limalhas de amálgama no maxilar ou debaixo da raíz, mas também bactérias e toxinas que ficaram inclusas no maxilar sem dentes. Esta é a causa mais frequente de um défice crónico de zinco, reumatismo e queixas cardíacas. Focos dentários unilaterais conduzem a uma lesão cerebral unilateral com uma debilidade do corpo no lado oposto.

Local do foco:

Dentes, amígdalas, apêndice, vesícula biliar, cicatrizes, seios maxilares, células etmóides

Estádio da inflamação:

I. Latente – existente assintomático

II. Manifesto – com danos orgânicos agudos

III. Irrev ersível – danos orgânicos permanentes

Diagnóstico:

1. RaioX, Imagem magnética, diagnóstico funcional, diagnóstico neural

2. Colheita/zarag atoa? Para bacteriologia e fungos

3. Diagnóstico toxicológico (análise multielementos)

Doença	Foco dentário possível
Alergias	16, 26, 36, 46
Esclerose lateral amiotrófica	18, 28, 38, 48, 11, 12, 21, 22, 31
Artérias, veias	36, 37, 46, 47
Asma	16, 26
Pâncre as	14, 24, 34, 44
Mama	16, 17, 26, 27, 34, 35, 44, 45
Coluna vertebral toráxica e lombar	18, 28, 34, 35, 44, 45
Colite	36, 46
Diabetes mellitus	14, 24, 34, 44
Intestino grosso/Intestino delgado	18, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48, 14, 15, 24, 25
Glândulas	14, 24
Cotovelo	18, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48
Energia	38,48
Pés, dedos dos pés	14, 15, 24, 25, 46, 47, 36, 37, 31, 32
Vesícula biliar	13, 23, 33, 43
Cérebro	11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42
Mãos (exterior)	36, 37, 46, 47, 14, 15, 24, 25
Mãos (interior)	18, 28, 38, 48
Coração	18, 28, 38, 48
Foco cerebral	11, 12, 21, 22, 31, 32, 41, 42
Hormonas	14, 24, 34, 44
Ancas	13, 23, 33, 43
Lobo posterior da hipófise	13, 23
Lobo anterior da hipófise	18, 28
Sistema imunitário	16, 17, 26, 27, 36, 37, 46, 47
Glândulas generativas	43, 44, 33, 34
Seio maxilar	16, 17, 26, 27, 34, 35, 44, 45
Joelho (posterior)	31, 32, 33, 41, 42, 43
Joelho (anterior)	16, 17, 26, 27, 34, 35, 44, 45
Cancro	Todos, especialmente 36, 46
Costas	31, 32, 41, 42
Fígado	13, 23, 33, 43
Pulmões	14, 15, 24, 25, 46, 47, 36, 37
Vasos linfáticos	34, 35, 44, 45
Estômago	16, 17, 26, 27, 34, 35, 44, 45
Baço	26, 27, 34, 35
Esclerose múltipla	18, 28, 38, 48, 11, 12, 21, 22
Seios perinasais	14, 15, 24, 25
Supraren ais	41, 42, 31, 32
Paratiróideias	16, 17, 26, 27
Rins	11, 12, 21, 22
Ouvidos	18, 28, 38, 48
Psique	18, 28, 38, 48
Reumatismo	Todos
Ombro	15, 25, 35, 45
Seio frontal	11, 12, 14, 15, 21, 22, 24, 25
Seios perifrontais	36, 37, 46, 47
Vértebras e articulações	Todos
Coluna vertebral	11, 18, 21, 28, 31, 38, 41, 48
Sistema nervoso central	18, 28, 38, 48, 11, 12, 31, 41
Sistema nervoso contra	10, 20, 30, 10, 11, 12, 31, 11

Terapia:

Em caso de foco dentário só se obtém uma melhoria substancial dos sintomas após extracção tecnicamente correcta do dente, incluindo fresagem; a partir do 3°dia manifestam-se queixas fortes dos órgãos associados ao foco, os quais começam lentamente a recuperar. Focos antigos têm que ser abertos cirurgicamente várias vezes, aproximadamente de 6 em 6 meses, para repetir a limpeza, sempre que as queixas dos respectivos órgãos se tornam novamente insuportáveis.

Estímulo do foco

Para reconhecer as lesões orgânicas devidas a um osso maxilar inflamado pode-se injectar, da boca, a raíz do dente alterada na radiografia com um anestésico local (isento de vasoconstritores e de conservantes), a denominada "neuroterapia".

Se o dente inflamado for a caus a de uma lesão do órgão final, o órgão final inflamado vai doer após an estesia do foco dentário. Caso o órgão final não tenha melhorado substancialmente após três injecções do foco dentário em intervalos de uma semana, então é necessário sanear o foco, i.e. extrair o dente e fresar a cavidade dentária e tratá-la com tiras de "Terracortil" com gotas oftálmicas para limpar a ferida durante o tempo em que o osso regenera desde a ferida da extracção até à cavidade bucal. Provisoriamente pode-se massajar de fora o foco dentário (por ex. o 48 em caso de queixas cardíacas).

A sua radiografia é lida da seguinte forma, quer dizer, o seu dentista fala da seguinte forma dos seus dentes:

Dentes definitivos

Nomeação de 1-8; para determinar o lado e se é em cima ou em baixo junta-se ainda 1, 2, 3 ou 4 como prefixo:

Lado direito em cima

18 17 16 15 14 13 12 11

48 47 46 45 44 43 42 41

Lado esquerdo em cima

21 22 23 24 25 26 27 28

31 32 33 34 35 36 37 38

Lado direito em baixo

Lado esquerdo em baixo

Por exemplo

47 = quatro-sete = lado esquerdo em baixo o sétimo dente, o segundo molar

12 = um-dois = lado direito em cima o segundo incisivo

Todas as outras toxinas que entram no corpo, maioritariamente através das vias respiratórias, são depositadas na zona da perturbação do metabolismo ósseo e potenciam a patologia da amálgama. Uma pessoa doente devido à amálgama não se cura sem evitar estes factores adicionais.

3.7

Anomalia metabólica

Existe uma anomalia genética para o mercúrio, na qual o doente não elimina o mercúrio por rotina através dos rins, mas sim principalmente através do fígado. Neste caso o mercúrio é excretado através da bílis para o intestino.

Isso conduz ou a uma colite, devido à irritação local, ou a uma psicose, devido à acumulação de metais orgânicos no cérebro.

A excreção do mercúrio pode ser medida na terceira dejecção após tomada de um antídoto.

3.8

Grau de intoxicação

A gravidade de um a intoxicação por amálgama não depende do número actual de obturações de amálgama na boca, ou respectivamente da amálgama escondida como material de enchimento do canal, ou por debaixo de coroas de ouro, mas sim do local e da quantidade do mercúrio depositado no corpo e, especialmente, da gravidade da al ergia às toxinas depositadas.

Não é o número de obturações que decide sobre a gravidade da intoxicação mas sim os depósitos de toxina no organismo e as anomalias do metabolismo.

Por sua vez a propensão para depositar o veneno depende de todos os factores acima enunciados.

O local do depósito do veneno decide sobre o tipo de sintomas.

3.9

Vantagens da amálgama

Em simultâneo com as vantagens imbatíveis como material de obturação mais barato, o qual pode ser colocado até pelo leigo (daí a sua origem), apresenta outras vantagens incalculáveis:

Frequentemente a pessoa intoxicada reconhece precocemente que a sua saúde se está a degradar e renuncia instintivamente a outras toxinas de consumo e a tipos de desporto arriscados.

Quando é levado a entender o nexo por estranhos, tem frequentemente a possibilidade de melhorar substancialmente a sua qualidade de vida, ao contrário do que acontece com outras toxinas ambientais. A ajuda do leigo provoca um sentimento de gratidão, o que falta às outras pessoas.

Doses mínimas regularmente são mais perigosas que uma dose grande uma vez.

O reconhecer da doença autoimune (alergia) através do efeito tóxico crónico ajuda as pessoas doentes pela amálgama a afirm arem-se na vida moderna muito melhor que os saudáveis.

Para os médicos a amálgama traz grandes vantagens pessoais.

A pessoa intoxicada pel a amálgama prejudica o ambiente muito menos que uma pessoa saudável, pois trabalha menos e pratica menos actividades de tempos livres.

A melhor maneira de aprender o que os reponsáveis sabem sobre o efeito tóxico crónico de fumar, de drogas, emissões de automóveis, morte florestal, formaldeído, toxinas do lar, toxinas da madeira, toxinas dentárias, etc. é pela sua atitude face à amálg ama.

A amálgama no próprio corpo é a melhor lição sobre ambiente.

Ideias às quais se seguem actos, resolvem problemas.

4

Comprovação

Diagnóstico do médico especialista perante uma intoxicação por amálgama

Médico	Sintoma	Diagnóstico/Terapia
Oftalmologista	Visão fraca	Procura de foco: Dente óptico 13,
	Conjuntivites	23, (33, 34)
	Inflamações do nervo óptico	Teste de alergia
	Descolag em da retina	Teste de DMPS
		Testes autoimunes
Gastroenterologista	Úlceras no estômago	Testes autoimunes
	Colite ulcerosa	Teste de DMPS
	Morbus Crohn	Excisão de amostra para Hg
	Patologia hepática	
Médico forense	Casos de morte infantil	Testar Hg no centro respiratório
	Suicida	Hg em áreas cerebrais especficas
Ginecologista	In fertilidade	Testes autoimunes
	Quistos ováricos	Teste de DMPS
	Miomas uterinos	
	Perturbações menstruais	
Hematologista	Anemia	Testes autoimunes
		Teste de DMPS
Otorrinolaringologista	Perturbações da audição	Amálgama materna
	Tonturas	7, 8 com amálgama
	Perda súbita da audição	Testes autoimunes
	Tinnitus	Teste de DMPS
Médico de família	Diminuição da produtividade	Olhar para a boca
	Perturbações do sono	Testes autoimunes
	Depress ão	Teste de DMPS
	Aumento do colesterol	
Dermatologista	Alergias, queda de cabelo, acne	Teste epicutâneo a todos os
	(acne de amálgama)	materiais dentários (7 dias)
	Alterações da mucosa bocal	Testes autoimunes
	Psoríase	Teste de DMPS
	Eczem as	
Imunologista	Propensão para infecções	Teste de DMPS
	Ter frio	Testes autoimunes
	Micose	
Cardiologista	Perturbações do ritmo cardíaco	Procura de foco: 38, 37, 48 (47)
	Infarte do miocárdio	Testes autoimunes
	Inflamação do músculo cardíaco	
Pediatra	Malformações congénitas	Teste de DMPS (fezes)
	(Hidrocéfalo)	Ressonância magnética à cabeça
	Perda de peso	•
	Síndroma hipercinético (Feer)	
	Psoríase	
	Anemia	
Psiquiatra	Depressão, halucinações	Teste de DMPS, com medição nas
	(Esquizo frenia)	fezes
	Nervosismo	Ressonância magnética à cabeça
	Agressividade	Testes autoimunes
	Medo, insónias	
	Falta de energia	
	Electrosensibilidade	

Médico	Sintoma	Diagnóstico/Terapia
Neurologista	Ciática	Teste de DMPS
_	Paralisias	Testes autoimunes
	Neuralgias (Trigémino)	Ressonância magnética à cabeça
	Esclerose múltipla	
	Alzheimer	
	Fraqueza muscular	
	Dores nos ligamentos e tendões	
	Tremores	
Nefrologista	Patologia dos rins	A1-Microglobulina
-	Patologia da bexiga	Teste de DMPS
	Hipertonia	Procura de foco
Oncologista	Tumor	Análise de Hg no tumor
		Testes autoimunes
		Parar a exposição
Médico do desporto	Diminuição do aproveitamento	Teste de DMPS
•	In flamação dos ligamentos	e Testes autoimunes
	tendões	
	Inflamação do músculo cardíaco	

A condição prévia para uma terapia correcta é a comprovação.

<u>Uma intoxicação está comprovada após provas de:</u> Toxina + assimilação da toxina + efeito da toxina.

O médico ou dentista que segue o paciente só pode avaliar correctamente uma intoxicação por amálgam a quando tem *todas* as provas. Tal facto é de especial importância para os processos em tribunal.

Só quem faz muitas medições é que pode argumentar.

4.1 Comprovação da toxina

4.1.1 Teste da pastilha elástica

Colher a saliva durante dez minutos enquanto se mastiga uma pastilha ou se lavam os dentes pela manhã (não mastigar nada nas duas horas antecedentes). Pela análise no laboratório Toxicológico a saliva fornece a prova da quantidade de veneno que é libertado da obturação. Desta forma também se reconhece se foi aplicada amálgama estrangeira de qualidade inferior com chumbo e cádmio, ou amálgama altamente al ergizante com paládio, índio ou zinco, proveniente da Alemanha.

Obturações de amálgama antigas e corroídas podem libertar quantidades monstruosas de veneno, tal como quando estão presentes em simultâneo ligas metálicas na boca (pontes de níquel ou coroas de paládio).

Manifestam-se intoxicações graves quando as concentrações de mercúrio e estanho em conjunto atingem mais de 50 μg/l.

Segundo o parecer dos dentistas não existe valor nenhum acima do qual a intoxicação tenha de ser parada. Em pacientes intoxicados foram medidos até 4 milhões de µg de mercúrio por litro de saliva. A água potável não

poderia ser vendida a partir de um teor de mercúrio de 1 μg por litro, se bem que esta não liberta vapor de mercúrio durante a noite ao contrário do que acontece com as obturações de amálgama.

Para além do mercúrio são ainda mensurados estanho, prata e cobre, assim como chumbo, cádmio, paládio, e outros, através de uma análise multielementar (MEA).

Quanto mais elevados forem os valores revelados no teste da pastilha elástica, mais elevados são também as acumulações de toxina nos órgãos (ver teste de DMPS).

Valores limite

Não existem valores limite para ultra-venenos como o mercúrio e o estanho, que prejudicam sempre. A dimensão da lesão depende da labilidade do organismo. Assim, com os doentes e as crianças tem que se evitar profilaticamente qualquer contacto com o veneno, procedendo-se como com o asbesto, onde durante a remoção é mandatório evitar rigoros amente qualquer contacto com o veneno. Para as pessoas alérgicas e doentes com patologias autoimunes aplica-se o mais alto preceito com o valor limite zero.

Não existe uma quantidade inofensiva de amálgama, logo também não existe valor limite.

4.2

Comprovação da assimilação da toxina

4.2.1

Referências

Médicos experientes podem usar radiografias para uma orientação rápida sobre as consequências da intoxicação. Contudo, a experiência de no mínimo 500 processos de intoxicação e os respectivos valores mensurados é condição prévia para a sua aplicação. Desta forma, frequentemente o paciente pode ser poupado a exames médicos morosos e a cirurgias.

A OPT e a RM servem de orientação no diagnóstico ao médico experiente.

4.2.1.1

Radiografia panorâmica da raíz dos dentes (OPT)

Também é denominada radiografia panorâmica maxilar ou ortopantomograma.

A carga de radiação de uma radiografia panorâmica perfaz no máximo cerca de um centésimo da das radiografias a uma raíz individual (= 1 dente), nas quais os raios Röntgen atravessam o corpo vindos de cima sem proteção e reflectindo-se sempre no esterno e na coluna vertebral, podendo desta forma prejudicar consideravelmente as glândulas generativas. Assim, a carga de radiação de uma radiografia dentária individual corresponde a cerca de 100 radiografias panorâmicas! Além disso, radiografias de dentes individuais não têm qualquer valor para a avaliação toxicológica, dado que falta na imagem a zona por debaixo da raíz.

<u>Um osso saudável apresenta na OPT um padrão homogéneo de textura</u> sem manchas brancas e pretas.

São avaliados o sistema de fixação dentário, o colo dentário (zona de transição do esmalte para a dentina), o sistema de vasos e nervos (pulpa), a densidade óssea, a articulação maxilar, a base do maxilar, a mucosa dos seios perinasais, pólipos no maxilar, nós linfáticos no ângulo mandibular (gónio, zona de transição do corpo mandibular para o ramo as cendente da mandibula), substâncias estranhas no osso, bainhas/rebordos metálicos, e depósitos de metabolitos de outras toxinas.

O maxilar é o nosso filtro e órgão de depósito para todas as toxinas inspiradas, assim como para as implantadas no maxilar. Quem tem muita experiência reconhece na imagem da radiografia panorâmica do maxilar ("OPT") especialmente macia e pobre em radiação, todas as toxinas de longa data relevantes e como o organismo reage a estas substâncias estranhas.

No OPT podem-se reconhecer focos metálicos, pesticidas, diluentes, PCP, formaldeído no maxilar, dentes desvitalizados (por ex. tratamento endodontico), dentes do siso com focos (por ex. inclusos no canal nervoso).

Localização no maxilar	Toxina	Aparência na radiografia panorâmica
Ângulo mandibular ascendente	Formaldeído (através de fum ar	Ponteada, bordas da pulpa rodeadas de
	activo ou passivo)	bainha clara
	Diluentes, PCP, pesticidas	Lagos pretos
Por debaixo dos ápices da raíz	Metais	Clara, em forma de grinaldas
	Osteomielite	Focos, entre as raízes, em forma de
	Formaldeído	discos
	Diluentes, PCP, pesticidas	Clara, em forma de ponto ou de vírgula
		Areais escuros
		Lagos pretos (debaixo dos dentes 6)
Na base do maxilar	Amálgama	Espelho claro, macio como o nevoeiro
	Metais (paládio, ouro)	Espelho claro, rijo em forma de estrias

A longo prazo as toxinas conduzem à formação de pus no osso maxilar e à degradação de dentes. Qualquer veneno no maxilar conduz a focos dentários e consequentemente a lesões nos órgãos. Segundo o esquema de acupunctura chines a com 3000 anos, a localização das toxinas e dos focos dentários por el as provocados no maxilar determinam o tipo de lesão orgânica.

Distinguimos no maxilar as seguintes zonas de focos:

Cérebro, olhos, ouvidos, nervos, coração, estômago e intestinos, peito, reumático, hormonas, diabetes, alergias e outras.

As alterações encontradas são indicações que têm de ser esclarecidas com outros procedimentos de diagnóstico (ver análise TOXicológica da raíz dentária para metais, SPECT para diluentes, entre outras).

4.2.1.2

Imagem do cérebro através de spin nuclear

Também é denominada de RM (tomografia de ressonância magnética). Uma imagem via ressonância magnética não utiliza raiosX, mas sim uma análise em campo magnético, sem contrastante (gadolínio). Quanto mais metais estiverem presentes na boca, mais fortes são as des agradáveis s ensações magnéticas durante a análise à cabeça. Isto pode manifestar-se em forma de claustrofobia, pois em equipamentos antigos a pessoa é enfiada até ao peito num cilindro apertado. Hoje existem aparelhos abertos.

Especialmente os pacientes com tratamentos de paládio so frem com a electos ensibilidade no campo magnético forte.

Através da RM o médico experiente reconhece depósitos, assim como a forma como o cérebro reage a substâncias estranhas no maxilar e nos seios perinasais, e ainda atrofias cerebrais devidas a toxinas, sinais de inflamação, uma MS, mal formações congénitas, alterações nos olhos, no ouvido interno, no cerebelo, no centro respiratório, e outros.

Uma interpretação pelo médico clínico relativa ao diagnóstico das toxinas só é possível no contexto das outras provas e processos toxicológicos. O radiologista só pode verificar as alterações morfológicas, por ex. espaços de Virchow alargados, a origem permanece para ele desconhecida. As toxinas suspeitas (ver OPT) podem ser comprovadas na espectroscopia de RM.

Focos:

Alvéolos:

A amálgama que circunda as raízes apresenta-se na imagem opaca como o metal. Também todos os outros metais tais como o chumbo, o bismuto, o alumínio, entre outros, são visualizados em depósitos com forma semelhante.

No depósito removido cirurgicamente pode ser realizada uma identificação toxicológica exacta dos metais depositados.

Seios maxilares:

Na mucos a podem estar depositados os mesmos metais que nos alvéolos. Enquanto que uma mucosa normal é preta na imagem, uma mucosa rica em metais é ligeira a intensamente branca. Em casos suspeitos pode-se proceder a uma análise de metais (MEA) numa amostra de tecido (biopsia).

Hipófise:

No lobo anterior são depositados os metais inspirados (por ex. no caso dos dentistas), no lobo posterior são depositados os metais dentários (amálgama, paládio).

Cérebro réptil:

Todas as toxinas inspiradas ficam depositadas no cérebro réptil. Os focos que se localizam aqui conduzem ao *Multiple Chemical Syndrom*; isso significa uma intolerância a todas as toxinas inspiradas e uma alergia a todos os medicamentos (vitaminas, psicofármacos). No centro respiratório localizam-se focos de toxinas da amálgam a que conduzem à apnei a durante o sono.

Cerebelo:

A amálgama inspirada conduz a depósitos de metais na periferia do cerebelo, os quais podem provocar perturbações da marcha a nível central (cadeira de rodas!) devido a interrupções das vias nervosas. Depósitos de metais neste local podem igualmente levar à atrofia do cerebelo.

Cérebro:

Depósitos de metais no cérebro podem provocar atrofia cerebral.

Ventrículos laterais:

Qualquer portador de amálgama e qualquer criança cuja mãe é portadora de amálgama revela nos ventrículos laterais depósitos de metal em forma de areias com o tamanho de uma cabeça de al finete denominados UBOs (unknown bright objects, white matter lesions).

Quando os pacientes que apresentavam muitos destes depósitos de metal no cérebro deixaram remover a amálgama sem tripla protecção ou lhes foi colocado paládio em alternativa, registaram-se grandes manchas (esclerose múltipla) em mais de 200 casos no *spin* nuclear de controlo com as correspondentes perdas nervos as que iam até à dependência da cadeira de rodas. Por outro lado, a remoção correcta da amálgama com subsequente desintoxicação fazia desaparecer todos os UBOs após anos. No módulo de metais os depósitos de amálgama são distintos das alterações vasculares (microembolia) e teciduais (gorduras).

Paládio:

Centro cerebral que, quando o foco está localizado no hemisfério direito do cérebro, desencadeia uma alegria forçada (mania), e, quando no hemisfério esquerdo, uma depressão. Encontram-se frequentemente focos na escleros e múltipla. Raramente os focos do lado direito e do lado esquerdo têm a mesma intensidade (doença bipolar, maníacos-depressivos), contudo estão na maioria fortemente marcados só no lado esquerdo e muito raramente só no lado direito. Após cada remoção de uma obturação de amálgama veri fi cam-se alterações nos pacientes.

4.2.2

Provas

4.2.2.1 Teste de DMPS

O DMPS é o sal do "fígado sulfuroso" recomendado por Hahnemann, o pai da homeopatia, o único antídoto cuidadoso/suave para a intoxicação por amálgama, o qual também conduz para o exterior do corpo outras componentes tóxicas como o estanho, o chumbo e o cádmio. A medição da quantidade de toxina excretada na urina após uma tomada experimental isolada constitui prova da dimensão do depósito de veneno no corpo.

DMPS = dimercapto-propano-sul fonato, é um sal do enxo fre ao qual se liga o mercúrio presente no sangue, i.e. um formador de sais metálicos. Em caso de intoxicação crónica acontece primeiro uma eliminação torrencial de todos os venenos ligados ao enxo fre através dos rins e dos intestinos (também através da pele e dos pulmões). Primeiro são excretados os venenos dos rins e do figado. Seguidamente dá-se um efeito de "sucção" sobre os ógãos com depósitos, nomeadamente sobre o cérebro.

É especialmente a desintoxicação do cérebro que actua como o abrir de uma garrafa de espumante. A redistribuição das toxinas dos órgãos no sangue, após o sangue estar isento de toxinas pelo DMPS, precisa de um período até 6 sem anas. Após este tempo observa-se novamente a concentração mais alta de toxinas no sangue, nos rins e no figado.

Foi por essa razão que a injecção de DMPS deu muito bom resultado. Contudo, enquanto houver amálgama na boca, a assimilação *de novo* de toxinas pelo organismo é intensificada após cada aplicação de DMPS, quer dizer, a excreção aumenta continuamente. Os valores de mercúrio têm que ser medidos na urina e na terceira dejecção após cada desintoxicação.

Formas comerciais:

- Dimaval (empresa Heyl em Berlim), cápsulas de 100 mg, ampolas de 250 mg
- *Unithiol* (empresa Oktober, São Petersburgo), ampolas de 500 mg substância de origem russa actua de forma mais fraca e menos alergizante devido ao diferente processo de fabrico

Antídoto	Injectado em mg/kg de peso corporal	Deglutido em mg/kg de peso corporal
	(desintoxicação dos rins)	(desintoxicação do fígado)
DMPS	3,5	1,5-12
DMSA	-	1,5 - 12

Por vezes, uma melhoria dos sintomas só é sentida após várias mobilizações.

Em caso de persistência das queixas e ausência de excreção de toxinas deve-se excluir uma anomalia metabólica na qual, após injecção endovenosa de DMPS, o mercúrio é exclusivamente excretado nas fezes.

4.2.2.1.1

Injecção no músculo / na veia

As injecções endovenosas são especialmente apropriadas para fazer o diagnóstico, porque a absorção pelos órgãos onde actua a partir do sangue se dá no prazo de 10 minutos, nos 10 minutos seguintes os rins excretam a quantidade essencial de toxinas e nos próximos 20 minutos é o figado a fazê-lo. Se a injecção for dada no músculo, são necessários mais 15 minutos para que a absorção ocorra de lá para o sangue. Relativamente à urina,

a maior quantidade de toxinas pode ser comprovada 45 minutos após a injecção ter sido realizada de forma endovenosa ou intramuscular.

A quota-parte do DMPS que é eliminada via fígado para a bílis, elimina através das fezes a quantidade de mercúrio que pode ser medida a partir da terceira dejecção. Nos casos graves também é possível medir mercúrio orgânico.

Nos casos extremamente raros de patologia renal grave (creatinina superior a 4,5 mg/g) deve-se induzir com cápsulas de DMPS a primeira eliminação através das fezes, dado que através da injecção a porção maioritária do veneno é eliminada através dos rins. A injecção intramuscular elimina as toxinas mais lentamente e durante um período de tempo maior e com isso também mais suavemente. Contudo, os resultados de medição analítica não são tão fiáveis e o efeito curativo não é tão impressionante para o paciente; frequentemente é só através do antídoto que o paciente reconhece o que o mercúrio lhe causou no organismo.

Os recém-nascidos já podem receber uma injecção de DMPS (1 ml = 50 mg intramuscular).

4.2.2.1.2

NÃO à urina de 24 horas

Na tentativa de baixar no papel os elevados depósitos de veneno de doentes intoxicados pela amálgama, médicos de Erlangen especialistas em Medicina Ocupacional tiveram a idéia de falsificar o teste de DMPS do autor. Se bem que o DMPS só actua durante 2 a 4 horas, eles recomendavam diluir a urina venenosa com 25 vezes a quantidade de urina sem veneno, um procedimento que nunca é aplicado na eliminação de uma toxina conhecida. De acordo com este método, após um acidente de viação ter-se-ía que determinar a alcoolémia de 24 horas nos transgressores alcoolizados em vez de determinar a concentração mais elevada imediatamente após o acidente.

Quando se colhe a urina de 24 horas tem que se injectar 5 âmpolas de DMPS, i.e. 1 âmpola de 4 em 4 horas, pois os metais são eliminados pouco tempo após uma injecção (caro, complicado, agravante).

Creatinina como factor de conversão:

Quando uma pessoa bebe pouco líquido apresenta muitos venenos e um valor elevado de creatinina na urina amarel a escura; quando bebe muito tem poucos venenos na urina clara como a água. Para poder comparar medese também sempre o valor da creatinina e calcula os venenos por 1 g de creatinina, i.e. divide-se o valor do veneno pelo valor da creatinina. Claro que valores elevados de veneno na urina concentrada são a longo prazo mais prejudiciais para o organismo. Por isso, para qualquer toxina renal é sempre favorável beber muito.

Factores de conversão: Valor de 24 horas x 25 = urina espontânea

Valor de cápsula x 3 = valor de injecção

(dado que as cápsulas de DMPS só entram no sangue em cerca de 30%)

por exemplo na urina de 24 horas após 3 cápsulas = $5 \mu g/g$ creatinina = $5 \mu g/g$ x 3 x $25 = 375 \mu g/g$ creatinina.

Dado que as "caixas de saúde" (sistema nacional de saúde na Alemanha) não pagam o teste da urina de 24 horas, ele é ilusório em intoxicações crónicas.

Nós analisamos a urina 45 – 60 minutos após a injecção.

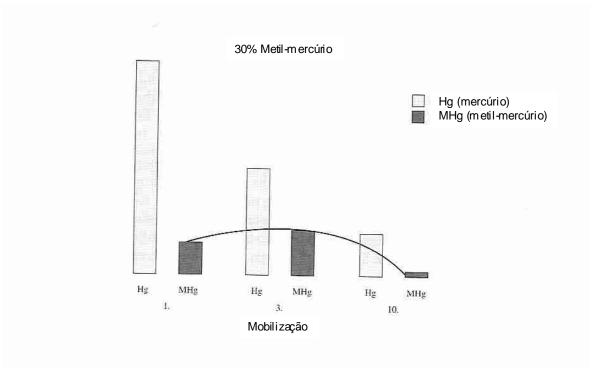
4.2.2.1.3

Mercúrio orgânico

No teste de DMPS a quota-parte do mercúrio orgânico (metil-mercúrio), que depende da taxa metabólica normal, dá-nos informação sobre a gravidade das lesões nos órgãos.

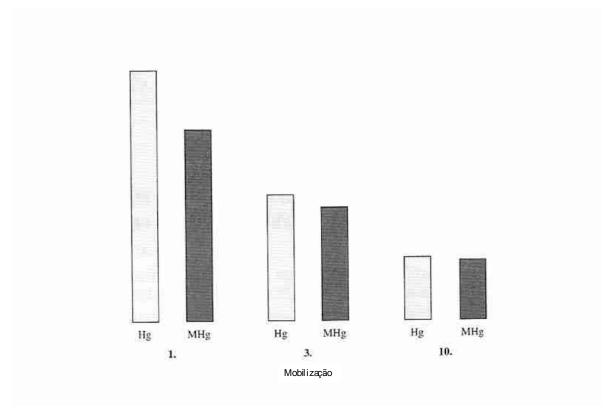
1. Diagnóstico normal

30% de metil-mercúrio na totalidade de mercúrio eliminado é normal.



2. Lesões graves dos órgãos

Em lesões nervosas muito graves ou cancro é típico uma taxa de mercúrio orgânico ou metil-mercúrio elevada (acima de 60%).



Nestes casos a desintoxicação é muito importante. No início de preferência por injecção, mais tarde é possível a toma de cápsulas ou DMSA em pó.

4.2.2.1.4

Cápsulas de DMPS

As cápsulas de *Dimaval* (nome registado na Alemanha) só estão indicadas na bula para intoxicações agudas de mercúrio ou arsénio, numa dose de 3 cápsulas por dia. Contudo, 3 cápsulas por dia seria uma loucura em caso de intoxicação por amálgama, na qual o veneno está todo depositado nos órgãos e donde só pode ser "chamado" muito lentamente. Antes da tomada das cápsulas os pacientes têm que ser elucidados com todo o pormenor.

As cápsulas são absorvidas pelo tracto gastrointestinal de forma arriscada e promovem fortemente a eliminação do veneno através do intestino (fezes), o que em caso de patologias intestinais inflamatórias provocadas por toxinas (Colite ulcerosa, Morbus Crohn) pode conduzir desnecess ariamente a uma crise inflamatória.

Uma injecção evitaria tal situação por provocar a eliminação principal do veneno através dos rins. Cerca de um terço das cápsulas passa para o sangue, por isso teriam que ser doseadas no triplo da injecção (10 mg em vez de 3 mg por kilograma de peso corporal), para não intensificar uma tendência alérgica devido à baixa dosagem. Dado que a quantidade de antídoto assimilado determina a quantidade de veneno eliminado, a prescrição de cápsulas é muito mais cara que a de injecções, pois uma injecção corresponde a uma quantidade de antídoto assimilado de 12 cápsulas.

Ao contrário, nas psicoses (esquizo frenia) com alteração metabólica e excreção aumentada de mercúrio através das fezes, obteve-se muito bom resultado com a tomada frequente de uma cápsula de DMPS (duas a três vezes por semana 100 mg de *Dimaval*). Contudo, este caso é uma excepção.

Alergias ao DMPS:

Quando há al ergia ao mercúrio em compostos com enxofre (tiomersal, mercaptobenzotiazol) há também alergia ao DMPS e DMSA. Prescrições anteriores de enxofre ou um catalisador de automóveis aceleram este tipo de alergia. Quando existe uma alergia ao enxofre qualquer desintoxicação química é impossivel/inviável. Nestes casos a desintoxicação tem de ser executada por cirúrgia. Não existem alternativas efectivas. Após cerca de 3 milhões de testes de DMPS até agora na Alemanha já não é muito provável que seja reconhecida uma nova intoxicação crónica grave.

Uma alergia ao DMPS/DMSA é facilmente comprovada no teste epicutâneo (7 dias) ou no teste LTT (tel. +49-(0)-89/543080).

Eliminação de veneno após DMPS

O nível da eliminação de veneno só é relevante para pessoas saudáveis. Para pessoas doentes (alérgicas) aplicase o limite zero relativamente a qualquer toxina.

O doente alcoólico com cirrose biliar pode morrer com 0,4 milésimas de álcool no sangue, embora lhe seja ainda permitido conduzir um automóvel com quase o dobro dessa alcoolémia (valor limite 0,8 milésimas). Os valores limite só são válidos para adultos saudáveis. Caso após a injecção de DMPS a concentração de mercúrio na urina esteja acima de 50 µg (calculado para 1 g de creatinina = µg/g creatinina = melhor comparação de urina mais ou menos concentrada, ver cap. 3.1.2.2) sabemos que o organismo necessita de uma ajuda para a eliminação do veneno, para que não seja depositado muito veneno no cérebro. Isto é tão mais válido quanto mais aumentados estiverem também os outros componentes tóxicos da amálgama como o zinco, o cobre, a prata ou ainda outras substâncias como o alúminio, formaldeído e semelhantes.

Através da aplicação do antídoto DMPS são excretados os metais pesados na seguinte sequência:

Zinco – estanho – cobre – arsénio – mercúrio – chumbo – ferro – cádmio – níquel – crómio

Depósito de cobre

Em qualquer intoxicação crónica por metal forma-se um depósito relativo de cobre, quando em simultâneo existe um défice de zinco na célula, como mostra o teste de DMPS injectável (cobre acima de 500 μg/g creatinina). Doutra forma só se reconhece um défice de zinco na célula quando se mede o zinco nos eritrócitos.

O depósito de cobre só desaparece quando tiverem sido removidos todos os metais tóxicos do corpo (arsénio, chumbo, cádmio, mercúrio, bismuto, estanho, entre outros) e com isso se possa ter normalisado o défice de zin co na célula. O depósito de cobre é um indicador de uma intoxicação por metal.

O DMPS não baixa directamente o cobre. Em caso de depósito de cobre na célula o teor de cobre no soro e na urina de 24 horas pode apresentar valores normais. Isto não tem nada a ver com uma doença de armazenamento de cobre (Morbus Wilson).

4.2.2.2

O teste de DMSA

O DMSA actua de forma sem elhnate ao DMPS. Na Alemanha o DMSA ainda não está com erci alizado pel a indústria farmacêutica e por isso tem de ser adquirido na indústria química em forma de pó. O DMSA liga o veneno que passa pelo fígado e pela bílis para o intestino, de forma a permitir-lhe sair do organismo pelas fezes em vez de passar novamente para o sangue e de lá para os órgãos onde se deposita.

Os depósitos de veneno localizados nos dentes e nos maxilares não são removidos com o DMSA e têm que ser previamente removidos por cirúrgia. A melhor forma de desintoxicar os lactantes e as crianças que foram intoxicados pela amálgama materna é através do DMSA.

<u>A tomada oral de DMSA está proibida na esclerose múltipla!</u> Nestes casos inspirar DMSA ou DMPS!

Aplicação:

Engole-se 100 mg (i.e. a ponta de uma faca cheia) de DMSA em pó com um pouco de água. A quantidade de veneno eliminado é mensurada na terceira dejecção após tomada do pó, a chamada dejecção de mobilização (fezes II). Como valor de comparação serve a medição do veneno na dejecção espontânea antes da mobilização (fezes I). A diferença entre ambas as quantidades de veneno medidas indica a intesificação da eliminação de veneno.

Além disso, a diferença entre as fezes II e as fezes I indica-nos em que espaço de tempo é sensato repetir a tomada de DMSA. A eliminação através das fezes está comparativamente aumentada em relação à eliminação através da urina em casos de anomalias metabólicas (por ex. colite e esquizofienia).

Valores de referência:

Diferença da quantidade de veneno medida nas fezes I e nas fezes II	Tomada de DMSA
Até 5 μg/kg	De 6 em 6 semanas
Acima de 10 μg/kg	De 4 em 4 semanas
Acima de 50 μg/kg	De 2 em 2 semanas

Execução do teste às fezes:

Tubo I: colher fezes antes de iniciar tratamento (cerca de uma colher de café),

Tubo II: enviar para o laboratório Toxicológico as terceiras fezes após tomada de 100 mg de DMSA (a ponta cheia de uma faca) com requisição assinada em anexo.

Durante a terapia controlar a eliminação de veneno uma vez de três em três meses.

4.2.2.3

Análise toxicológica

Tanto a raíz do dente extraída, como o sistema de fixação dos dentes, como também o osso maxilar envolvente e qualquer tecido removido, a placenta ou um tumor podem ser analizados no laboratório Toxicológico em relação às toxinas depositadas. Quando não foram colocados em formaldeído também se pode realisar uma medição do formaldeído depositado (é depositado no maxilar principalmente através da sua utilização no tratamento de dentes desvitalizados).

Quando na análise laboratorial se comprova veneno depositado é necessário proceder a um saneamento do foco por intervenção cirúrgica.

Raíz dentária

A melhor forma de medir a assimilação crónica de veneno durante os últimos anos ou décadas é na raíz dentária. O mais fácil é a medição dos metais. No laboratório toxicológico são analisados 54 metais por espectrometria atómica e de massa no ápice da raíz separado e pulverisado; destes, os 12 mais importantes são indicados no diagnóstico.

Na maioria são as toxinas dentárias que se encontram flagrantemente aumentadas. Para poder reconhecer e evitar toxinas ambientais são muito importantes o chumbo, o cádmio, o formaldeído e o alumínio. Dado que o zinco é necessário para eliminar estes metais pesados, a concentração de zinco no dente representa um indicador da quantidade de "antídoto" necessária aos metais pesados até ao momento.

Raízes dentárias com um teor de veneno extremamente alto permanecem para sempre focos. O único tratamento possível consiste em remove-las e fresa-las.

Não se pode deitar fora dente nenhum. Em litígios duvidosos o dente tem de ser analisado relativamente a venenos. A partir da raíz dentária podem-se tirar conclusões sobre a intoxicação do osso maxilar circundante. Recomendam-se análises do osso maxilar. Estas mostram o grau de carga do organismo inteiro.

Bactérias - fungos

Dado que se encontram bactérias, vírus e fungos perigosos no osso maxilar em redor de raízes dentárias muito envenenadas, o dentista pode fazer colheitas (tufo de algodão em meio sólido de crescimento). O material para análise é enviado para o laboratório em tubos estéreis. Neste caso o dentista deve manter a ferida aberta com tiras de gaze e gotas oftálmicas de *Terracortil* para que as toxinas e as bactérias possam sair com o regenerar do tecido.

4.3 Comprovação do efeito do veneno

4.3.1 Testes às alergias: teste epicutâneo

Tipos de alergias:

Tipo de alergia	Reacção	Local da reacção	Sintoma característico	Diagrama nosográfico
Tipo I	Reacção anafiláctica imediata com produção de anticorpos IgE específicos para o alergénio, os quais provocam a reacção anafiláctica com libertação de mediadores (histamina) dos mastócitos/basófilos.		Pápula	Exantema, dispneia, edemas, taquicardia.
Тіро ІІ	Anticorpos IgG(M) dirigidos contra antigénios da membrana celular.	Superficie dos eritrócitos, dos trombócitos, dos leucócitos.	Purpura	Anemia hemolítica, leucopenia, agranulocitose, pemphigus.
Tipo III	Tipo de alergia com formação de imunocomplexos entre os alergénios e anticorpos para eles específicos (IgG, IgA, IgM); deposição dos imunocomplexos nas células (neutropenia) ou nos vasos (vasculite).		Lesões renais	Proteinuria, síndroma nefrótico, glomerulone frite, patologia autoimune (ANA, anticorpos anti-laminina, síndroma de Raynaud, poliartralgias, polimiosites, escleros e) alveolite (ouro).
Tipo IV	Alergia do tipo tardio após vários dias mediada exclusivamente por mecanismos celulares (células T) sem participação de anticorpos específicos		Pápula, vesículas papulares	Exantema, lichen planus, dermatite de contacto, estomatite afetosa, estomatite ulcerosa, glossite, parodontose, eczema, cefaleias, asma, bronquite, arritmia, alopezia, dispepsia, parestesias, maior predisposição para infecções, artralgias, mialgias, queixas reumáticas, perturbações do sono, cansaço, depressões, psicoses, insegurança na marcha, síndroma do cansaço crónico, fibromialgia, esclerodermia, esclerose múltipla e outras doenças autoimunes

Uma alergia à amálgama é muito raramente do tipo I, é na maior parte dos casos do tipo III ou IV. Uma alergia à amálgama significa, mais que outras alergias, um estado fatal, dado que os componentes da amálgama se encontram depositados em todas as células do organismo, mesmo que o mais crítico sejam as células do cérebro e do sistema imunitário.

Através da alergia à amálgama desenvolve-se também alergia a todos os materiais alternativos para obturações dentárias, assim como a outras toxinas ambientais.

Os tetstes às alergias não são possíveis quando se estão a tomar medicamentos antialérgicos como cortisona, psicofármacos (*Doxepin* e outros), antiepilépticos e imunosupressores.

Uma alergia ao níquel é uma indicação de uma alergia à amálgama e ao ouro!

Dado que a amálgama apresenta alergias cruzadas com toxinas ambientais, é necessário realizar também os respectivos testes para seleccionar as possibilidades terapêuticas correctas.

No âmbito de testes de alergia é aconselhável testar a compatibilidade das seguintes substâncias:

4.3.1.1

Testes à amálgama

- 1. Amálgama (amálgama 5%, D2509, firma Hermal)
- 2. Metais de amálgama (metais de amálgama 20%, D2508, firma Hermal)
- 3. Hg-mercaptomix (mercaptomix 1%, D0025, firma Hermal)
- 4. Mercúrio orgâni co (HgS) (mercaptoben zotiazol 2%, D1010, firma Hermal)
- 5. Tiomersal (HgS) (tiomersal 0,1%, D0600, firma Hermal)
- 6. Mercúrio orgâni co (C1304 fenilmercuro acetato, firma HAL al ergia)
- 7. Hg(II)amidocloreto (A1301 mercuro-2-amidocloreto, firma HAL alergia)
- 8. Prata (C2415 prata coloidal 0,1%, firma HAL alergia)
- 9. Estanho (C2402 estanho(II) cloreto 0,5%, firma HAL alergia)
- 10. Amálgama, gama-2-isento (C2351 amálgama gama-2-isento 5%, firma HAL al ergia)

4.3.1.2

Testes a metais e fixações

- 1. Formaldeído (formaldeído 1%, D0004, firma Hermal)
- 2. Eugenol (B0401 eugenol, firma HAL alergia)
- 3. Platina (C2303 amóniotetracloroplatinato, firma HAL Allergie)
- 4. Níquel (níquel(II)sul fato, D0003, firma Hermal)
- Ouro (tiosul fatoau rato sódico, D2507, firma Hermal, ou B2355 diciano aurato de potássio, firma HAL Allergie)
- 6. Crómio (A0001 dicromato de potássio, firma HAL Allergie)
- 7. Paládio (cloreto de paládio 1%, D0651, firma Hermal)
- 8. Titânio (2419 óxido de titânio(IV), firma HAL Allergie)
- 9. Benziloperóxido (peróxido de benzil 1%, D0201, firma Hermal)
- 10. Metilometacrilato (metilometacrilato 2%, D1800, firma Hermal)

4.3.1.3

Testes a toxinas do lar

Lindano (B1504 lindano, firma HAL Allergie)
Piretro (C1519 piretro, firma HAL Allergie
Nicotina
Xyladecor (pentacloro fenol)
Diclo fluanida/Fumecyclox
Fenol (firma HAL Allergie)
d-Limonen (B0104 d-limonen, firma HAL Allergie)
Alcatrão de carvão de pedra (B0027 alcatrão de carvão de pedra, firma HAL Allergie)
Alfa-pinho (C0707 alfa-pinho, firma HAL Allergie)
Latex natural

4.3.1.4

Substâncias terapêuticas

DMPS
DMSA
Gingko
Selénio
Spasmocyclon
Chlorella
Vitamina B12
Coentros
Vitamina C
Zinco (E2400 cloreto de zinco, firma HAL Allergie)

Fornecedores:
Firma Hermal
21462 Reinbek
Tol.: 140/40/77704 0. Fox: 141

Tel.: +49/40/72704-0, Fax: +49/40/7229296

Documento de alergia D9114

Firma HAL Allergie Caixa postal 13 04 50 40554 Duesseldorf Tel.: +49/211/9776530, Fax: +49/211/783871

December 1/211/7/10330, 1 dx. 143/211/1030/1

Penso alérgico N

Todos os conjuntos de testes completos à venda em TOX CENTER e.V., Hugo-Junkers-Str. 13, 82031 Gruenwald, Tel.: +49/89/64914949

4.3.2

Teste LTT

O teste de transformação de linfócitos é sensível e específico para medir a divisão celular após adição do antigénio às células T sensibilizadas. A divisão celular é medida através da taxa de incorporação radioactiva de H-timidina durante a síntese de DNA. Uma taxa celular elevada em relação à taxa inicial prova que os linfócitos foram transformados através da reacção com o antigénio. O LTT é um teste à memória celular.

MELISA (*memory lymphocytes immunostimulation assay*, ensaio de imunoestimulação linfocitária de memória) é um teste LTT modificado e serve para comprov ar uma alergia a metais. Apresent a a vantagem da comprovação morfológica da blastogénese.

Quando o teste epicutâneo é demasiado agravante, em caso de alergias severas, recomendamos este teste para todas as alternativas (Tel.: +49/421/20720).

4.3.3

Testes autoimunes

Reumatismo ANA-HEp2-imuno fluorescênci a

ANA/AMA imunoblot Anti-cardiolipina (IgG) Anti-cardiolipina (IgM) Anti-DNA (Farr-RIA)

Anti-dsDNA (antigénio nativo) Anti-dsDNA (antigénio recombinante)

Anti-histonas Anti-Jo 1 Anti-RNP/Sm Anti-Scl 70 Anti-Sm Anti-SS-A Anti-SS-B Anti-ssDNA ENA combi

Vasos

Anti-MPO (p-ANCA) Anti-PR 3 (c-ANCA)

Anticorpos anti-endotélio (en farte)

Anemia

Factor intrínseco Anticorpos bloqueantes

Diabetes Anti-insulina

Alzheimer GFAP*

Esclerose Múltipla

Anti-GM 1 Anti-MAG

Anticorpos anti-APA/fos folipidos Gangliósidos (Gm1/Gd 1a/Gd 1b) Gangliósidos completos (G1-G3)

Anticorpos anti-cerebelo Anticorpos anti-laminina Mielina proteína básica Anticorpos anti-mielina (EM)

Nervos, periféricos

Neuroendotélio (ataque de apoplexia)

Neuro filam entos Núcleos dos neurónios Células Purkinje

Anticorpos anti-serotonina (depressão)

Hepatopatias

Autoanticorpos dirigidos contra o figado, blot

(Anti-M2, anti-LKM, anti-LP)

Tiróide Anti-TPO Anti-TG

Anticorpos anti-tireoglobulina

Anticorpos dirigidos contra os rins Anticorpos anti-membrana bas al

Outros parâmetros

Anticorpos para a citometria de fluxo Micro-anticorpos e Tg-anticorpos

Neopterina S/d anticorpos

Citoquinas e factores de crescimento

MBP-péptidos*

Neuropatias

Anti-GD 1a Anti-GD 1b

Anticorpos contra os receptores da acetilcolina

*Laboratório Dr. Bieger, Munique TOX-Labor, Bremen Mediante credencial (caixas de saúde na Alemanha)

4.3.4

Testes ao sangue

4.3.4.1

Alfa-1-microglobulina (α-1-M)

Até recentemente a alfa-1-microglobulina era considerada em medicina como marcador tumoral, dado que valores elevados (acima de 42) estavam frequentemente associados a cancro nos rins (por ex. nos dentistas).

Contudo, nós constatámos, na presença de valores elevados de alfa-1-microglobulina, que o antídoto DMPS promove a excreção de quantidades distintas de toxinas renais via urina, e que após cada injecção de DMPS ocorre uma diminuição do valor elevado de α-1-M. A medição pode ser realizada na urina, ou de forma mais exact a no sangue (de heparina).

Quando os valores estão elevados há necessidade de trocar imediatamente as obturações de amálgama por uma alternativa isenta de metal e subsequentemente aplicar antídoto até que os valores se situem dentro da norma – tudo isto é custeado pelas caixas de saúde (na Alemanha).

Nestes casos os antídotos não devem ser injectados, mas antes tomados ou inspirados, por forma a promover a sua eliminação através dos intestinos em vez dos rins.

O aumento da alfa-1-microglobulina é uma prova de intoxicação. Quanto mais elevado for o valor mais séria é a lesão renal provocada pel a amálgama. Após saneamento da amálgama e subsequente desintoxicação é necessário controlar se os valores normalizaram.

4.3.4.2

Glutatião-sulfuro-transferase (GST)

O GST é um de entre mais de 50 enzimas de desintoxicação. O mercúrio tem uma forte tendência para bloquear este enzima via ligação ao enxofre. Isso representa por outro lado um mecanismo de protecção para evitar a intoxicação do cérebro por metil-mercúrio, cuja formação é catalizada pelo GST.

A diminuição da quantidade de GST é por sua vez a causa pela qual outras toxinas não são excretadas intensificando assim o efeito da amálgama. Nestas toxinas incluem-se o formaldeído, o chumbo, o cádmio, pentacloro fenol e muitas outras.

Verificámos que a aplicação de selénio, o átomo central do GST, ou a aplicação de GST, são geralmente prejudiciais devido a alergias; ao contrário, a taxa percentual de GST volta a aumentar através da desintoxicação do mercúrio.

Avaliação:

100-90%gama normalinferior a 90%intoxicação ligeirainferior a 70%intoxicação graveinferior a 60%intoxicação gravíssima

Uma diminuição de GST é uma prova da intoxicação por amálgama.

4.4

Prova da cura

A alteração do diagnóstico, ou seja, o desaparecimento de sintomas através da cessação da exposição e remoção de toxinas depositadas, constitui sempre uma prova indirecta para um efeito de um veneno.

Assim, uma pessoa alcoólica só reconhece o efeito do álcool quando após a cessação da exposição os valores hepáticos normalizam e, por ex., uma insónia desaparece; um fumador reconhece a sua lesão quando após cessação da exposição des aparecem uma bronquite crónica e uma magreza excessiva.

Assim, também para a pessoa intoxicada pela amálgama, a prova mais importante da associação causal é a alteração do diagnóstico em consequência da remoção do veneno. Contudo, dependendo de lesões prévias, da disposição genética, de alergias e do local da deposição, a intoxicação crónica por mercúrio conduz a lesões irreversíveis. Além disso, doentes graves, por ex. com patologias autoimunes, só sentem melhoras significativas quando através duma cirurgia mutilante (saneamento total), forem extirpados todos os depósitos ósseos nos maxilares após extracção dos dentes.

As caixas de saúde (na Alemanha) também só acarretam com todos os custos quando esta prova práctica é apres entada, pois ela impugna todos os contra-argumentos possíveis.

A prova de intoxicação mais importante é o decorrer da cura após o saneamento.

Quem cura, tem razão.

Terapeutas milagrosos

É com inveja que os psicólogos e psiquiatras olham para os poucos dentistas, que com muita experiência e com protecção tripla removem a amálgama e aplicam alternativas seleccionadas em testes de alergia de longa duração, e, só por isso, passam por terapeutas milagrosos para cefaleias, perturbações do sono, depressões, artralgias, reumatismo, paralisias, esclerose múltipla, diabetes, cancro e muitas, muitas outras patologias. Um dia todo o ensino da psiquiatria será derrubado, quando se tiver compreendido, que estas doenças não são hereditárias, mas que foi o dentista que decidiu qual a doença que viria a desenvolver-se. Se ele colocou a amálgama no maxilar superior, desenvolvem-se doenças psíquicas, se ele colocou a amálgama no maxilar inferior, desenvolvem-se doenças imunológicas desde o reumatismo até ao cancro. Nunca é a mãe que decide através dos seus genes que doença se des envolve, mas sim é o dentista que o decide ao implantar amálgama em locais diferentes (ver o esquema dos focos dentários na pág. XYZ).

5 Terapia

Esquema terapêutico

Testes positivos	Saneamento da amálgama	Saneamento de focos tóxicos
Teste da pastilha elástica	+	
Teste do DMPS/DMSA	+	
Teste epicutâneo à amálgama	+	
Foco na radiografia panorâmica		+
Foco na imagem por spin nuclear		+
Análise toxicológica da raíz dentária		+
Testes de autoimunidade		+++
Alfa-1-microglobulina		+
Glutatiãotrans feras e >70%	+	
Glutatiãotrans feras e < 60%		+
Comprovação de paládio		+
Comprovação de pesticida		+
Comprovação de solvente		+
Comprovação de formaldeído		+

5.1 Cessação da exposição

A amálgama tem de ser removida o mais cedo possível, tal como o asbesto.

A cessação da exposição é o passo mais importante e decisivo em qualquer intoxicação crónica ou alergia.

Não faz di ferença nenhuma se a intoxicação crónica foi causada por al coolismo, tabagismo ou amálgama. Só que no último caso o veneno encontra-se depositado no organismo inteiro. Quanto mais exacta for a comprovação do local do depósito do veneno, mais eficazmente se conseguirá evitar a totalidade do veneno.

Quão melhor um médico dominar os procedimentos de diagnóstico acima mencionados, melhor conseguirá o seu paciente evitar a totalidade todo o veneno. Tudo o resto é secundário.

Quem cura é que tem razão.

É pela experiência de médicos com grandes sucessos de cura que sabemos o que tem de ser feito para curar os pacientes.

A amálgama não se consegue remover completamente do organismo, só se consegue reduzir.

Para conseguir obter pelo menos sucessos parciais em caso de alergia, ou até patologia autoimune, é necessário realizar cirurgias mutilantes, cuja finalidade é a remoção de quantidades maiores de veneno acumulado no osso maxilar, pois sendo este pouco irrigado não é desintoxicado pela acção de antídotos.

5.1.1

Saneamento da amálgama

Perante perturbações do estado de saúde, o saneamento correcto da amálgama exige protecção tripla. Perante lesões de órgãos, o tratamento correcto consiste num saneamento dos focos tóxicos.

Dado que em qualquer forma da remoção da amálgama são introduzidos no organismo mercúrio e as outras toxinas da amálgama, é mandatório respeitar a seguinte regra:

Quanto mais grave for a doença do paciente, menos tolerada é uma libertação de toxina durante o saneamento da amálgama.

Libertação de toxina durante o saneamento da amálgama:

Remoção de amálgama	Libertação de Hg por dente
Brocar	10 000 μg/kg fezes
Extrair dente	700 µg/kg fezes

Ao brocar é libertada uma quantidade considerável de mercúrio que está depositada na raíz dentária, mas também ainda é libertado mercúrio durante a extracção do dente.

Saneamento da amálgama só com protecção tripla.

Do ponto de vista toxicológico as obturações de amálgama representam sempre uma fonte de toxinas, por isso têm que ser removidas, sem excepção, tomando medidas de protecção, e substituídas por um material menos prejudicial, o qual foi previamente testado relativamente à tolerância individual.

Material para as medidas de protecção:

- "Kofferdam" ? forte (trata-se de uma película de silicone que tapa e isola a cavidade bocal deixando apenas exposto o dente a ser tratado) (película de silicone, firma Roeko);
- protecção ocular (óculos de natação);
- aplicação de oxigénio de 8 litros/minuto (aplicador nasal para ambos os lados): comprar na farmácia garrafa de oxigénio com aplicadores nasais e levar para o consultório dentário (receita é passada pelo médico da caixa!);
- broca para metais duros (estéril) e brocador rápido (e não um a turbina); não brocar, apenas separar es cavando no tecido saudável; aspiração forte.

Saneamento da amálgama

Não remover a amálgama rapidamente, mas antes cuidadosamente.

Preparação:

- 1. Fazer uma radiografia panorâmica 'macia' (OPT) de todos os dentes. Determinação do nível de metais.
- 2. Em caso de fraqueza muscular ou paralisias fazer sempre uma imagem magnética da cabeça (spin nuclear). Quando existem pequenas manchas no cérebro é proibitivo brocar o dente para remover a amálgama, é então necessário extrair o dente com a obturação após ter cortado a extremidade com a amálgama.
- 3. Efectuar testes de alergia de longa duração a todos os materiais de obturação presentes.
- 4. Efectuar 'teste da pastilha elástica' para o mercúrio e o estanho, eventualmente MEA (chumbo, paládio), com vista à estimativa da intoxicação actual (trata-se de uma intoxicação grave quando a soma das concentrações de mercúrio e de estanho é superior a 50 μg/l) e também como prova da intoxicação.
- 5. Efectuar teste do DMPS em forma de injecção e com medição do mercúrio, do cobre e do estanho, para desintoxicação de depósitos muito antigos nos seguintes casos:
 - Lesões nervosas graves (paralisias, cegueira, surdez), lesões imunológicas (calvície, cancro, AIDS).
- 6. Juntar previamente todas as provas de intoxicação em forma de diagnósticos de médicos especialistas (neurologista, dermatologista, percentagem de glutatião-S-transferase, al fa-1-microglobulina, teste de alergia epicutâneo durante 7 dias, entre outros).

Saneamento da amálgama só com protecção tripla!

Saneamento da amálgama:

Impreterivelmente realizar com:

- 1. *Clean up* (protecção de silicone, '*Kofferdam*'), com micromotor e broca rápida, aspirador forte, não brocar, só separar e es cavar profundamente no tecido dentário saudável (na radiografia de controlo não podem ser visíveis restos metálicos!)
- 2. Com garrafa de oxigénio ou fornecimento de ar fresco através da conduta de ar comprimido (8 litros por minuto) e com óculos para protecção dos vapores de mercúrio e estanho.
- 3. DMPS (DMSA) 1 cápsula sempre 2 horas antes. No final bochechar com um gole de tiosulfato sódico (10-20 ml, 10%, Dr. Koehler Chemie) e por último beber um gole. Sem injecção prévia de DMPS o saneamento é realizado lentamente e por quadrante.

<u>Assim como o asbesto também a amálgama tem de ser completamente removida</u> <u>o mais precocemente possível e com protecção (tripla).</u>

Após o saneamento da amálgama (saliva isenta de metal):

- Extrair todos os dentes desvitalizados; realizar análise toxicológica para formaldeído, arsénio, mercúrio, bactérias e eventualmente paládio.
- Extrair os dentes do siso e remover as respectivas bolsas dentárias.
- Extrair os dentes com obturação de amálgama que apresentam pus na raíz (dilatação claviforme, transformações ósseas em forma de pérolas num colar) (extrair primeiro no maxilar superior, só depois no maxilar inferior); fresar /escavar zonas ósseas com infiltração de metais pesados, manter a cavidade aberta com tiras de gaze embebidas em gotas oftálmicas Terracortril (muito importante!!) durante 2 a 4 semanas e fazer análises. Análise toxicológica como acima descrito.
- Na presença de tumores (cancro e outros) analisar nos mesmos o teor dos componentes da amálgama em mercúrio, estanho e prata.

Pesquisar sempre toxinas e pus nos dentes extraídos!

- Após remoção da amálgam a colocar material sintético isento de metais, em caso de intolerância ao formaldeído colocar cimento como provisório de longa duração durante 2 a 3 anos até que os sintomas de intoxicação tenham melhorado consideravelmente ou até que o nível metálico no maxilar tenha desaparecido.
- Em caso de doenças imunológicas ou nervos as desintoxicar com DMPS: aplicar raramente mas em dos es elevadas para evitar alergias. Injectar uma ampola de DMPS intramuscular de 6 em 6 semanas. No caso de rins fracos tomar em jejum uma cápsula de DMPS por semana.
- Na presença de focos cerebrais inspirar/sni far (?) numa ampola aberta de DMPS uma vez de 4 em 4 semanas, seis vezes.
- Na falta de zinco: Unizink (0 -1- 2) drageias/dia.
- Selénio nunca!

Aplicar só as alternativas que revelaram tolerância no teste de alergia.

Em caso de teste de alergia positivo ou limitação renal, i.e. alfa-1-microglobulina aumentada, os dentistas realizam o saneamento da amálgama por credencial (na Alemanha). A protecção tripla durante a brocagem e uma substituição isenta de metais são extremamente importantes.

5.1.1.1

Gravidez/aleitamento

Rejeitar qualquer saneamento de amálgama durante a gravidez.

Durante a gravidez não se pode mexer na amálgama em circunstância alguma, pois o feto é seriamente intoxicado pelos vapores de mercúrio inspirados. Observámos com frequência mal formações na criança após o

saneamento da amálgama na mãe executado sem protecção. Em caso de dores de dentes durante a gravidez, o dente com obturação de amálgama tem que ser extraído para protecção da criança.

Para evitar um a carga desnecessária durante a gravidez e o aleitamento não se podem escovar as superfícies das obturações de mercúrio nem se pode libertar o mercúrio utilizando pastas dentíficas fluoretadas, rangendo os dentes (é necessária um a goteira!), através de pastilha elástica e ainda através de comidas quentes ou ácidas (vinagre). São severamente proibidos DMPS/DMSA, vitaminas (C, B) e selénio, os quais formam o perigoso mercúrio orgânico que é embriotóxico!

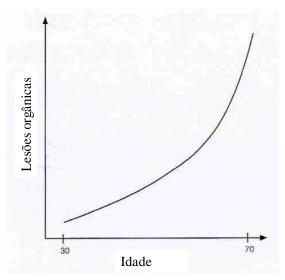
Durante a gravidez são proibidos:

- Polir a amálgama
- Ranger os dentes
- Mastigar pastilha elástica
- Comidas muito quentes
- Comidas ácidas
- Pastas dentífricas fluoretadas
- DMPS/DMSA
- Vitaminas
- Selénio

O único recurso de emergência consiste em fazer uma alimentação rica em zinco sem mastigar muito.

5.1.2 Saneamento de focos tóxicos dentários

Os dentes só estão isentos de focos dentários até cerca dos 30 anos de idade, depois aparecem lesões nos órgãos. Na presença de amálgama os focos dentários podem aparecer logo em crianças pequenas.



Para um médico experiente os focos dentários são reconhecíveis na radiografia panorâmica (OPT), o médico inexperiente reconhece-os por meio da cintigrafia óssea (forte carga de radiação!).

No saneamento de focos dentários é também de grande importância que tipo de toxinas (metais, solventes, formaldeído, pesticidas, toxinas para a madeira) se encontram nos dentes, gengiva e maxilares.

Para além da amálgama também outras ligas de metal (por ex. ouro ou paládio, níquel-crómio-molibdeno) presentes em *inlays*, coroas, pontes ou próteses, podem caus ar patologias ou bloquear a su a cura. É a missão do médico (em colaboração com o médico dentista) reconhecer este facto e, em caso afirmativo, recomendar a respectiva remoção, assim como a substituição correcta. Dentes com enchimento de canal/ dentes não-vitais e

outros focos tóxicos na zona do maxilar (por ex. depósitos de metal granulomatosos) são, da perspectiva toxicológica, sempre de remover.

Em pacientes com patologias derivadas da amálgama, de grau médio até grave (por ex. eczema atópico, eczemas, asma, reumatismo, psicose/depressão, labilidade psíquica, epilepsia, tumor, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, Alzheimer, Parkinson) e alergia, é necessário remover todos os metais da boca antes de proceder a uma extracção dentária ou à limpeza de um foco, porque de outra forma os metais são depositados na cavidade da ferida!

Em caso de alergias aos metais é necessário remover todos os metais sob protecção antes da extracção.

Excepção: Situações agudas / urgências (por ex. inflamação da raíz dentária, pulpite).

Remoção de metais só com protecção tripla:

1. Cápsula de DMPS antes.

2. Oxigénio, Clean up (Scania dental).

3. Tiosulfato de sódio.

A experiência revela, que a extracção dum dente afectado o ferece sempre a possibilidade de excretar/eliminar uma quantidade considerável dos metais pesados e de outros venenos depositados no maxilar. Para isso é necessário manter a respectiva ferida aberta durante algum tempo com uma tira de gaze previamente preparada, a qual liga toxinas e bactérias, assim como é necessário controlar através de medições laboratoriais, e documentar, a ligação das substâncias estranhas.

Qualquer metal introduzido nos dentes ou no organismo (por ex. medicamentos para o estômago, emissões dos automóveis, tabagismo passivo) é também depositado nos ossos maxilares inteiros. Até os dentes que nunca foram tratados ficam afectados, assim como também os dentes do siso inclusos. É por isso que qualquer dente extraído, a ferida aberta, o tecido maxilar extraído por fresagem, e a gaze colocada na ferida, devem ser submetidos à pesquisa de bactérias e fungos, assim como, na medida do possível, e através de MEA (análise multielementar de metais pesados, *multielement analysis*), à pesquisa de todas as substâncias com relevância toxicológica.

O terapeuta/ o médico que segue o paciente disponibiliza o seguinte para a data da extracção ou para a remoção do foco:

- Para uma cultura de bactérias e de fungos: algodão com cabo e recipiente para transportar (laboratório toxicológico) ou gaze estéril para feridas e recipiente para transportar. Esta análise é requisitada pelo médico dentista ou pelo médico de família.
- Fazer acompanhar de credencial "Pesquisa de bactérias e fungos após extracção do dente nº...", assim as despesas serão custeadas pela caixa de saúde (na Alemanha).
- Para o dente: recipiente seco para transportar.
- Para o tecido ósseo extraído por fresagem: recipiente para o transporte.
- Para tamponar a ferida no maxilar: gotas oftálmicas *Terracortril* (tem de ser receitado pelo médico dentista ou pelo médico de família, pois está sujeito a receita médica).
- Gaze estéril para feridas (por ex. da firma Roeko banda de gaze simples estéril, 1 cm de largura, *sem* iodo, da farmácia) e recipiente para transportar.

(A pomada e a gaze acima mencionadas continuam ainda a ser também necessárias durante os três dias em que as gazes são mudadas diariamente).

- Sacos de envio pré-endereçados ao laboratório.
- Para o aporte de oxigénio de 8 l/minuto (aplicador nasal para ambos os lados): comprar na farmácia garrafa de oxigénio com aplicadores nasais e levar para o consultório dentário (mediante receita do médico da caixa!): é de especial importância na remoção de paládio, que tem a mesma perigosidade da remoção da amálg ama!
- Cápsula de DMPS para engolir antes da remoção do metal e 10 ml de tiosulfato de sódio a 10% para enx aguar a boca após cada remoção de metal (mediante receita do médico da caixa).

Na sequência imediata da extracção:

- Preparar a primeira colheita/ zaragatoa da profundidade da ferida sem tocar na periferia da ferida: para cultura de bactérias e de fungos.
- Seguidamente o dentista tem sempre que limpar e fres ar escrupulosamente a zona maxilar numa área grande.
- Se o dente estiver com uma coloração alterada, quebradiço ou a raíz hialina/ vítrea, é a confirmação de um foco inflamatório derivado dos metais ou pus. Perante isto a zona maxilar e a cavidade da ferida têm de ser minuciosamente fresados.

- Se tecnicamente possível, antes da aspiração colher pedaços do osso maxilar extraído pela fresagem e pesquisar também: mercúrio e outros metais pesados (MEA no laboratório toxicológico) (esclarecer este ponto previamente com o médico que segue o paciente). Adicionalmente pesquisar formaldeído, caso o canal da raíz tenha sido tratado.
- Pedir sempre ao dentista os dentes extraídos com rotulação para posteriores medições de toxinas. Realizar análise toxicológica da raíz dentária (esta é separada do dente por um especialista no laboratório toxicológico) relativa ao mercúrio e a outros metais pesados (MEA no laboratório toxicológico), além disso deve também ser realizada análise ao teor de formaldeído, caso o canal da raíz tenha sido tratado.

Nota: Até cerca 1989 (por vezes ainda hoje) era utilizado o arsénio para desvitalizar a raíz dentária. Em meados dos anos 80 começou a ser utilizado o formaldeído em sua substituição. Os enchimentos de canal podem também conter amálgam a ou cortisona.

• Após a extracção do dente, e respectiva remoção do foco, colocar na ferida fresca uma tira de gaze para feridas embebida em gotas ofiálmicas *Terracortril*; a tira de gaze tem de ser mudada de três em três dias. Mesmo que a ferida esteja sempre a fechar o dentista tem de remover o tecido de granulação. Mudar novamente a gaze de três em três dias como acima descrito.

Excepção: Se os dentes ou as raízes dentárias do maxilar superior estavam proeminentes nos sinos maxilares, então após a sua extracção a abertura na fronteira para os seios maxilares tem de ser coberta de forma plástica. Nesse caso, a ferida é suturada e é apenas colocada uma tira que não é renovada.

Nunca colocar du as tiras na cavidade de uma ferida e memorizar sempre o comprimento da tira, para que nenhuma tira seja esquecida e tenha como consequência que a ferida superficialmente fechada forme pus e provoque dor durante meses!!

Se o paciente voltar a sentir queixas que correspondam a esse dente (por ex. dente 8: psique, coração, sistema nervoso central), ou se as queixas piorarem, abre-se a antiga ferida numa pequena zona após 2 a 4 meses, por ex. com uma broca pequena, para provocar um estimulo de irrigação, e procede de acordo com as indicações acima descritas como após uma nova extracção dentária.

Se não houver correspondência a um órgão faz-se uma radiografia panorâmica de controlo após conclusão do saneamento dentário. Se se tiver formado um foco é necessário abrir a inflamação.

Requisição laboratorial:

Primeira gaze da ferida (3 dias após extracção): enviar apenas para análise a porção da gaze que esteve na profundidade da ferida, o resto é cortado. Pesquisa de mercúrio e de metais pesados (MEA no laboratório toxicológico) e de bactérias.

Por volta da quinta gaze da ferida (cerca de 15 dias após a extracção) repetir no laboratório toxicológico a análise dos metais que estavam discretamente aumentados na primeira gaze. Se só alguns metais estão altos, só estes serão mensurados na próxima gaze. (A pesquisa de paládio é tão dispendiosa como a MEA e está incluída nesta).

Logo que os valores das últimas duas análises sejam discretos ("dentro da norma") pode ser descontinuada a pomada. Contudo, a colocação das tiras de gaze é mantida até que estas já não caibam na cavidade da ferida e caiam por elas próprias.

Mas se a ferida ainda estiver nitidamente a pingar secreção com mau cheiro (repetir a pesquisa de bactérias e fungos), ou se a peri feria da ferida tiver uma cor avermelhada/azulada (mercúrio) e se a análise da última tira de gaze continuar a revel ar uma secreção de metais aumentada, então é necessário colocar novamente tiras de gaze com gotas oftálmicas *Terra cortril* durante duas a três semanas, etc., até que uma gaze seja completamente discreta ("dentro da norma"), por ex. mercúrio abaixo de 10 μg/kg, ou isento de bactérias.

Cultura de bactérias e de fungos: Se a primeira colheita/zaragatoa (algodão com cabo ou gaze da ferida) foi positiva para bactérias e/ou fungos patológicos é necessário aplicar em vez do *Terracortril* um antibiótico que seja eficaz e esteja testado contra estes patogénios.

Tecido de granulação: Até que a ferida esteja completamente curada, o médico dentista tem de verificar semanalmente se o osso maxilar formou tecido de granulação. Em caso afirmativo, este tecido tem de ser removido.

Qualquer operação de ninhos de toxinas conduz à reinflamação das antigas queixas orgânicas, tais como reumatismo, infecções, queixas cardíacas, falta de energia, fraqueza, dores nos órgãos (peito, estômago), MCS, e outras mais.

O saneamento de um foco desencadeia sempre um estímulo do foco.

Se as queixas do paciente melhoraram ou desapareceram após uma extracção dentária ou limpeza de um foco e reaparecem após longo tempo (após 3, 6, 12 meses ou mais tarde) e se são resistentes à terapia (DMPS etc.), então é necessário abrir/ brocar novamente o antigo local no maxilar (tratamento posterior como acima indicado).

Doenças autoimunes:

No caso de uma patologia autoimune o tratamento eficaz consiste na remoção completa de todos os alergénios comprovados, originadores da doença, para fora do osso maxilar.

Por vezes nestas circunstâncias não é possível evitar uma cirurgia mutilante com remoção de todas as raízes intoxicadas. A alergia generalizada frequentemente nem permite sequer o uso de uma prótese dentária total enquanto o maxilar não regenerou. Neste contexto é especialmente importante a remoção de todos os ninhos de alergia por fresagem. Por vezes ajuda mudar para um material de prótese menos alergénico (ver abaixo).

5.1.2.1 Métodos operacionais

Procedimento	Escola antiga	Nova escola
Preparação	Radiografia individual	Radiografia panorâmica
Pesquisa de focos de toxinas	(Electro)Acupun ctura	Radiografia panorâmica mais a experiência da análise toxicológica ou então cintigrafia óssea.
Anestesia	Formulações pagas pela caix a	Formulações pouco alergénicas
Procedimento	"A saliva desinfecta tudo"	Trabalho em esterilidade absoluta: luvas de borracha, máscara facial, panos estéreis, instrumentos estéreis em pacotes individuais, para cada dente novos instrumentos, panos cirúrgicos, oxigénio
Dente com várias raízes	Extracção de uma vez, doloroso	Separação prévia das raízes; moroso, indolor
Raíz contém veneno	"Não existe"	Fresar até ao osso rijo; manter a ferida aberta e colocação de tiras com gotas oftálmicas <i>Terracortril</i> durante 6 semanas
Análise toxicológica	"desnecessário" dente para o lixo	Primeira tira após remoção é enviada para o laboratório toxicológico Dente seco para o laboratório toxicológico
Raíz com pus	"sara por si só" suturar (!), eventualmente dar um comprimido de penicilina antes (98% das bactérias nos ossos já não respondem à penicilina)	Enviar zaragatoa da ferida para o laboratório, remover escrupulosamente o osso purulento, manter aberto com tiras com antibiótico; mais tarde proceder de acordo com os resultados laboratoriais (gotas oftálmicas <i>Terracortril</i> ou <i>Floxal</i>)

Procedimento	Escola antiga	Nova escola
Pós-tratamento	nenhum	Aplicar tira com antibiótico testado (patogénio pode eventualmente mudar) de 3 em 3 dias
Dores	Analgésico	Na primeira tarde um supositório de Diclofenac
Inchaço	Sim, arrefercer com compressas	Não se aplica
Alimentação	Manter dieta, excluir leite e derivados	Comer de tudo normalmente, enxaguar com água
Posteriormente dores nos órgãos, artralgias	"não está ligado"	Revisão da ferida no local associado às dores até desaparecerem as queixas

5.1.2.2 Passos do saneamento de focos tóxicos e de dentes

Passo	Procedimento	Consequências dos focos não tratados
1	Remover focos de amálgama e de paládio em redor da raíz dentária, remover metais sob protecção	Maxilar superior: lesões neurológicas gravíssimas Maxilar inferior: lesões imunológicas gravíssimas
2	Em caso de haver depósito de paládio no maxilar superior remover focos de paládio em redor das raízes dentárias	Lesões imunológicas gravíssimas
3	Em caso de haver depósito de amálgama no maxilar superior remover focos de amálgama em redor das raízes dentárias	Max. Sup.: lesões neurológicas Max. Inf.: lesões imunológicas
4	Extrair dente nº 8 (transverso) com toxinas perto da raíz ("com foco")	Síndroma do cansaço crónico, esclerose múltipla, falta de energia
4	Extrair dente nº 3 transverso e com focos de toxinas no maxilar superior	Esclerose múltipla, perturbações da visão
5	Extrair dente nº 6 com quistos cheios de veneno no maxilar superior	Alergias gravíssimas
5	Extrair em cima e em baixo dente nº 1 com focos de veneno ao nervo ol factório	Hipersensibilidade ol factória
5	Remover focos de veneno no maxilar inferior (exercem pressão sobre os nervos)	Lesões imunológicas gravíssimas
6	Extrair dente nº 6 com toxinas perto da raíz	Alergias
7	Extrair dente nº 7 com quistos cheios de veneno	Max. Sup.: perturbações cardíacas e de audição
7	Extrair dente nº 3 com quistos cheios de veneno	Max. Sup.: perturbações da visão

Passo	Procedimento	Consequências dos focos não tratados
8	Extrair dentes desvitalizados com tratamento endodontico com formaldeído	Alergias, risco de cancro
8	Extrair dentes desvitalizados com tratamento endodontico com arsénio	Forte risco de cancro
8	Extrair raízes dentárias des feitas com toxinas	Depende do local
9	Após brocar extrair obturações próximas da raíz e com depósito na raíz	Depende do local
10	Remover focos tóxicos com perfuração para o seio perinasal	Perturbações imunológicas dependendo do local
10	Remover implantes com depósitos alérgicos típicos no osso (testes de alergia positivos)	Síntomas cerebrais alérgicos
10	Tratar o ponto de saída do nervo inflamado	Dores reumáticas

5.1.2.3 Tempo de cura

Sem apoios adicionais o tempo de cura é no mínimo 5 anos. Em regra, os focos dentários que permaneceram originam queixas novas neste período de tempo.

Uma cura segura só é possível através de saneamento total com prótese completa, neste caso o tempo de cura é de um ano.

Num saneamento parcial através da remoção de todos os metais, o tempo de cura é de cerca de três anos, após este tempo é necessário verificar se as toxinas confluíram num dente residual ou se se formou pus. Uma âmpola de DMPS encurta o tempo de cura em cerca de três meses, três cápsulas de DMPS em cerca de um mês.

Após desintoxicação total dos depósitos as análises de diagnóstico melhoram:

Análises	Melhora	Tempo de cura mínimo
Radiografia panorâmica ao maxilar isenta de pus (preta na imagem)	Sem metais (brancos na imagem)	1 ano
Imagem magnética/ cabeça	Sem metais (brancos na imagem) Redução das manchas (espaços de Virchow)	3 anos
SPECT	Falhas funcionais	Crianças: meio ano Adultos: 2 anos
Teste de DMPS	Após saneamento dos maxilares	Até 1 ano
Testes de alergia MELISA	Após remoção da caus a	2 anos

A melhora dos sintomas antecede muito a objectivação do diagnóstico, quer dizer, só muito tempo após o paciente se sentir melhor é que as análises normalizam.

5.2

Desintoxicação dos depósitos

5.2.1 DMPS

Se o teste de DMPS foi positivo pode seguir-se uma terapia de DMPS após a cessação da exposição, isto é, após o saneamento total da amálgama. Nesta terapia é aplicado o antídoto em intervalos de tempo consecutivamente mais longos. Dependendo da excreção do veneno a aplicação poderá inicialmente seguir o seguinte esquema:

- de duas em duas semanas (Hg na urina II superior a 500 μg/l),
- de quatro em quatro semanas (Hg na urina II superior a 200 μg/l),
- de seis em seis semanas (Hg na urina II superior a 100 $\mu g/l$),
- de três em três meses (Hg na urina II superior a 50 μg/l).

Quando existe uma anomalia metabólica vigoram os seguintes valores nas fezes:

 $100 - 50 - 10 - 5 \mu g$ Hg/kg fezes.

Medida de precaução:

Em caso de se manifestarem borbulhas na pele, feridas nas mucos as ou dores de cabeça – os sintomas de uma alergia ao DMPS – não pode ser repetida a aplicação de DMPS. Dado que estes sintomas são a consequência de uma alergia ao enxofre, também não pode ser aplicado qualquer outro antídoto para o mercúrio, pois todos contêm enxofre. Neste caso, é necessário proceder de forma meticulosa à extirpação cirúrgica da amálgama para fora do maxilar (ver saneamento dos focos).

Uma alergia ao DMPS é previsível quando existe alergia ao tiomersal.

Uma terapia de DMPS é proibida e inútil, enquanto se mantiver paládio na boca. Ela é igualmente inútil quando existe ouro na boca, pois o ouro liga a amálgama.

5.2.1.1

Inalação de DMPS

O conteúdo de uma ampola de DMPS é transferido para um recipiente de rosca e serve assim para fazer inalações através do nariz, mas não deve ser inalado profundamente para os pulmões. Quantidades mínimas de antídoto são assim inaladas ao longo dos nervos ol factórios até às zonas mais afectadas do cérebro, nomeadamente o tronco cerebral.

O mais eficaz é fazer seis inalações. Posteriormente, no laboratório toxicológico, faz-se uma análise ao mercúrio nas terceiras fezes,. Dependendo do sucesso e do resultado laboratorial repete-se o procedimento de quatro em quatro semanas aproximad amente.

A inalação de DMPS tem a sua maior eficácia em caso de perturbações da memória, perturbações do desempenho cerebral e depressões. Em casos desesperados de intoxicações gravíssimas, quando os doentes já não têm força para se submeter a um saneamn eto da amálgama (escleros e lateral amiotrófica), este procedimento trouxe frequentemente uma melhoria transitória substancial.

As inalações também trazem melhoras quando existe paládio na boca, ao contrário da injecção de DMPS que nestes casos é prejudicial.

5.2.1.2

Desintoxicação do osso maxilar

Enquanto que 'antigamente' se procedia à injecção dolorosa do DMPS no maxilar, hoje sabemos que se obtém o mesmo efeito colocando tetraciclina (gotas oftálmicas *Terracortril*) sobre uma tira de gaze numa cavidade brocada no maxilar por meio de uma broca circular e renovando a gaze com o 'ligador do veneno' de três em três dias. Desta forma são removidos do corpo, e directamente na fonte, quantidades muito maiores de veneno do que com antídotos injectados.

5.2.1.3

Quantidade de DMPS

O número de vezes que o DMPS deveria ser injectado depende essencialmente do sucesso que se obtém. O critério mais seguro é o estado do paciente.

O sintoma que melhorar de forma mais notória, por ex. o melhoramento da visão ou do raciocínio, é também o que piora quando após algumas semanas o efeito do DMPS diminui. Com a repetição das aplicações do DMPS aumentam os espaços de tempo entre aplicações, por ex. de 4 em 4, de 6 em 6, de 8 em 8, de 12 em 12 e de 16 em 16 semanas. Quando a eliminação de mercúrio é quantificada após a aplicação de DMPS, verifica-se correspondência entre a quantidade de veneno excretado e a gravidade dos sintomas recorrentes. O DMPS só é aplicado novamente quando ainda é excretado veneno após a sua aplicação (acima de 50 µg mercúrio/g creatinina).

Em caso de intoxicação crónica e como terapia de longa duração o DMPS e o DMSA só podem ser aplicados com grandes intervalos de tempo!

5.2.1.4

Alergia ao DMPS

DMPS é um sal do enxofre que liga sais metálicos, o qual pode provocar alergia quando aplicado repetidamente. Inicialmente a alergia manifesta-se em forma de inofensivas borbulhas na pele, mais tarde ataca as mucosas. Os lábios, o ânus, a vagina e o pénis ficam dolorosamente inchados e todo o tracto digestivo apresenta dor.

Em casos extremos pode desenvolver-se um edema cerebral com cefaleias, devido ao veneno. Neste caso a imagem magnética da cabeça revela transitoriamente manchas discretas. Tudo isto se resolve sem qualquer medida terapêutica, contudo nunca mais pode ser aplicado um antídoto! A única medida que resta é então a fresagem do maxilar.

Em caso de doenças graves originadas pelo veneno, em que se necessita com urgência de DMPS para promover a ex creção, é mandatório aplicar o DMPS o mais raramente possível e em doses o mais elevado possível, para evitar uma alergia que se mani festa da forma acima descrita.

A aplicação de frequentes e pequenas doses em forma de cápsulas, ao contrário, conduzem muito rapidamente a uma alergia. Para minimizar uma predisposição alérgica dever-se-ía também evitar, se possível, a tomada de qualquer outro medicamento durante o período de tratamento com o DMPS.

De igual modo, pode manifestar-se uma reacção alérgica após aplicação de DMPS em caso de existir já uma alergia ao tiomersal (Hg-S). Manifestar-se-ão, no mínimo, mais efeitos secundários.

Em caso de alergia ao DMPS/DMSA o antídoto é inalado (6 vezes de 4 em 4 semanas).

5.2.1.5

Oligoelementos após DMPS

O DMPS não provoca um défice de oligoelementos.

Embora o DMPS promova a excreção de zinco e cobre na gama de milionésimos de grama, os mesmos estão presentes no organismo em quantidades 1000 vezes superiores. A aplicação rara de DMPS em casos de intoxicação crónica nunca requer a aplicação adicional de zinco. Só quando se está a tratar uma intoxicação aguda com 3-20 doses de DMPS ao dia é que o zinco pode ser necessário. O selénio e o magnésio não são excretados através do DMPS. Contudo, é a amálgama dentária que provoca frequentemente um défice de zinco, situação que é resolvida pela aplicação do DMPS.

Dosagem:

1 dragei a de *Unizinco*® com 50 mg de aspartato de zinco por cada 10 kg de peso corporal. Em caso de défice grave de zinco a toma deve ser mantida durante 6 semanas, por ex. 0-2-4 dragei as, mais tarde metade (0-1-2 dragei as). O zinco é absorvido pelo sangue de forma mais eficaz após as 17 horas, além disso não se deve ingerir comida 2 horas antes da toma das dragei as.

Excreção de cobre após DMPS

O nível da excreção de cobre directamente após a injecção de DMPS representa uma escala da gravidade do défice de zinco na célula. A excreção total de cobre na urina de 24 horas pode até estar normal. Valores elevados de cobre após administração de DMPS que se mantêm ao longo do tempo são indicativo de depósitos de veneno ainda existentes e que consomem continuamente zinco. Recarreg ar apenas o zinco ou continuar a injectar DMPS sem remover a fonte de veneno, significaria encobrir factores patológicos graves (depósitos nos maxilares, toxinas dos automóveis, toxinas das madeiras, alumínio, formaldeído, e outros). O parâmetro laboratorial indicativo duma intoxicação por amálgama que se mantém por mais tempo são os elevados valores de cobre.

<u>Só a eliminação da verdadeira causa é que traz melhoras,</u> e não o remendar das lesões consequentes em pontos arbitrários.

A indústria sente-se ofendida com esta regra dos protectores do ambiente, pois acha erroneamente que lucra pouco desta forma. Antes pelo contrário, os rendimentos da indústria são ainda muito mais elevados com cada novo material. O evitar lesões consequentes poupa muito dinheiro.

5.2.2 DMSA

O DMSA, o sal do ácido succínico de dimercaptano, em forma de substância química pura é ideal para os menos abonados e nos casos em que a caixa de saúde não paga. Em semelhança às cápsulas de DMPS, promove a excreção de mercúrio, zinco, chumbo, cádmio e outros, via figado e vesícula biliar, e também é assimilado no sangue de forma muito variada. Na China o DMSA existe na apresentação de injecção, no nosso país (leia-se: na Alemanha) ainda não. O DMSA promove muito a desintoxicação do mercúrio orgânico, altamente tóxico, para fora do cérebro, facto muito positivo para doentes do foro neurológico. Contudo, doentes que sofrem de escleros e múltipla, muito frequentemente sofrem um agravamento provocado pela rápida desintoxicação do

cérebro. Por isso, é absolutamente proibido nos casos em que a imagem magnética apresenta focos cerebrais. É ideal para o tratamento de crianças (também inalado) com análise subsequente das terceiras fezes. O DMSA não desintoxica o organismo inteiro tão bem como a injecção de DMPS.

O DMSA (100-200 mg) é aplicado todas as 1-4 semanas por deglutição. Beber muito de seguida. Pesquisar mercúrio nas terceiras fezes.

O DMSA forma sais metálicos e, devido à sua fraca alergenicidade, pode ainda ser aplicado durante algum tempo quando existe um a alergia ao DMPS (proibido em patologias intestinais). Em caso de alergia ao DMSA todos os antídotos estão proibidos.

Vende-se nas farmácias (na Alemanha), por ex. tel.: 05921/83430.

5.2.2.1

Inalação de DMSA

Em alternativa ao DMPS, uma quantidade de DMSA em pó que cabe na ponta de uma faca (100 mg) também pode ser dissolvido numa colher de sopa cheia de água e ser inalado como o DMSA.

Após esta tomada quantifica-se a excreção de mercúrio nas terceiras fezes, no laboratório toxicológico.

5.2.2.2

Alergia ao DMSA

A alergia passa por uma manifestação cutânea completamente inócua (borbulhas), seguida de tumefações nas mucosas (boca, genitais), até ao edema cerebral (retenção de água na imagem magnética) com fortes dores de cabeça e perturbações do raciocínio quando a toma é repetida continuamente. Esta situação só se resolve com a descontinuação rigorosa. A substância nunca mais pode ser ingerida.

Eventualmente aplicar um supositório de diclofenac 50 mg, 1-2 vezes no prazo de 3 dias.

5.2.2.3

Desintoxicação de lactentes

As verdadeiras vítimas da nossa indiferença perante neurotoxinas são os recém-nascidos: Bebés intoxicados:

- são inquietos
- bebem mal
- desenvolvem-se mal
- apresentam problemas de visão, audição e de pele
- apanham facilmente infecções

Qualquer doença crónica das crianças e qualquer mãe que não se tenha previamente sujeito a uma desintoxicação de metais pesados, representa motivo para desintoxicar um recém-nascido. O primeiro filho recebe até 40% das toxinas depositadas no corpo materno. De acordo com a experiência, quanto mais preco cemente se inicia a desintoxicação, menos graves são as lesões tardias. Dado que nunca ocorreram efeitos col aterais desagradáveis

numa desintoxicação correcta, deveria em caso de dúvida ser sempre feita uma tentativa para ver se um distúrbio desaparece.

A desintoxicação é mandatória sempre que o filho anterior ou o gémeo(!) tenha falecido de morte súbita, ou em caso de lesões cerebrais (por ex. hidrocéfalo), lesões nos órgãos, convulsões febris, epilepsia, eczema atópico ou infecção por *Candida*.

O tratamento das crianças obviamente que representa apenas uma solução secundária, nos casos em que a mãe intoxicada recusou o tratamento antes da gravidez. A criança tem então que sofrer os erros da mãe.

Teste de DMPS nos recém-nas cidos:

1. Em caso de síndroma de Feer:

Deixar o lactente inalar cerca de três vezes numa ampola aberta enquanto dorme. Seguidamente pesquisar mercúrio nas terceiras fezes. Existe intoxicação se o mercúrio for detectável (limite de detecção 0,5 µg Hg/kg fezes). Neste caso é excretado especialmente o veneno que se encontra na zona da inalação (tronco cerebral, periferia do cerebelo) e que conduz ao síndroma de Feer.

2. Em caso de lesões nos órgãos:

DMPS intramuscular:

- -2° ano de vida 1 ml = 50 mg
- -4° ano de vida 2 ml = 100 mg
- -6° ano de vida 3 ml = 150 mg
- -8° ano de vida 4 ml = 200 mg

Esvaziar a bexig a previamente depois administrar uma ampola

Recolher a urina uma hora após aplicação, enviar para o laboratório toxicológico e pesquisar mercúrio e cobre. Desta forma são desintoxicados principalmente os rins, mais tarde também o cérebro através da redistribuição.

Teste de DMSA em crianças:

Desta forma a desintoxicação do cérebro é mais fraca, quando comparada com a inalação de DMPS (síndroma de Feer). Porém, também são desintoxicados simultaneamente o figado e os rins.

Recém-nascidos: 100 mg (15 mg/kg peso corporal);

A partir do 6º ano de vida: 200 mg (6 mg/kg peso corporal) de DMSA ingerido com os alimentos, seguidamente pesquisar mercúrio nas terceiras fezes.

Consequência:

Sempre que o mercúrio seja detectável é necessário repetir a aplicação de antídoto com grandes (!) intervalos de tempo (4 a 12 semanas), por forma a remover a neurotoxina do cérebro. Quando depositado nos órgãos o mercúrio prejudica o cérebro infantil qualquer que seja a sua concentração.

Dado que, durante a gravidez, a mãe deposita no feto até 40% da concentração total do mercúrio presente no seu corpo, através de testes de esvaziamento de depósitos foram apuradas, em média, concentrações muito mais elevadas em recém-nascidos (até 2500 µg Hg/creatinina) do que as apuradas em adultos, com a agravante das crianças serem muito mais sensíveis ao mercúrio que os adultos.

5.3

Terapia de doentes lesados pelo meio ambiente

Pessoas intoxicadas que não poupam o seu organismo como após um infarte do miocárdio, prejudicam mais o seu organismo com antídotos em doses elevadas, com vitaminas.

com oligoelementos ou com terapias elécticas do que com o efeito da toxina! É mais importante proteger as pessoas intoxicadas de tentativas terapêuticas insensatas do que dos próprios venenos!

Todos os doentes com intoxicações crónicas acabam por verificar que as tentativas de terapia os prejudicam mais do que lhe valem.

Intoxicação cerebral alérgica

Por um lado constatou-se que muitos medicamentos conduziam à redistribuição indesejada das toxinas no organismo, especialmente à deposição no cérebro, tal como acontece com as vitaminas e os oligoelementos nas pessoas com intoxicação por amálgama; por outro lado constatou-se que estas pessoas apresentavam no teste epicutâneo uma alergia a practicamente todos os complementos alimentares artificialmente introduzidos, alergia essa que da perspectiva médica explicava o agravamento após a sua introdução. Em muitos casos verificava-se a coexistência de ambos os efeitos secundários.

Tal facto explica ainda, porque é que as pessoas intoxicadas pelo meio ambiente, em regra, se sentem pior através das tentativas de terapêuticas do médico de família do que quando não fazem nada.

"Eco-condríacos" (Nota da tradutora: em homologia ao hipocondríaco o "eco-condríaco" tem a mania das doenças de origemecológica)

Médicos frustrados utilizam expressões como "eco-condríaco", e outras, para explicarem a si próprios os insucessos terapêuticos em pessoas intoxicadas, o que significa que a doença é imaginária, e por isso, devido à sua própria incapacidade, pedem ajuda ao psiquiatra.

Pessoas com idas frequentes ao médico

Como agravante, as pessoas com intoxicações provocadas pelo meio ambiente, consultam, em regra, muitos médicos em simultâneo ou sucessivamente. 50 a 75 médicos não representa raridade. Cada médico prescreve um medicamento ou uma terapia da sua especialidade. Os diversos métodos são então aplicados em simultâneo ou um após outro com curtos intervalos, antes que se possa observar um efeito.

Uma alimentação correcta seria porém a cura. Aprendemos com os pacientes que se curaram que o que traz progressos decisivos na melhoria da saúde após uma correcta cessação da exposição e uma curta desintoxicação dos depósitos é simplesmente uma alimentação saudável e equilibrada, cujo efeito é sentido imediatamente após a ingestão. Por outro lado, sem eliminação toxicológica da causa, a alimentação saudável por si só também não traz melhoria.

Condição prévia para uma mudança da alimentação após a eliminação da causa é uma certa flexibilidade mental, afastar-se da química artificial e aproximar-se de uma vida natural. Desta forma é fácil consultar tabel as alimentares para verificar em que alimentos naturais se encontram quais elementos importantes e o que se deve evitar por forma a não minimizar o seu efeito. A máxima de Paracelso mantém o seu significado eminente:

Que o alimento seja o vosso medicamento.

5.3.1 O zinco

O zinco e o selénio são oligoelementos que são ligados pela amálgama, chumbo (emissões de automóveis), cádmio (plásticos), pentacloro fenol (tratamentos da madeira) e por outros, e assim deixam de estar disponíveis para o organismo. Em caso de intoxicações comprovadas com mercúrio, cobre, cádmio ou chumbo o valor do zinco na urina deveria no mínimo perfazer 400-600 µg/g creatinina. O défice de zinco e selénio é um sinal directo de intoxicação crónica. Outros sinais como o bloqueio do metabolismo de proteínas cerebrais (acetil-CoA) são contudo muito mais graves.

Os valores de zinco na urina após DMPS (urina tipo II) devem andar entre $10.000\text{-}20.000~\mu\text{g/g}$ creatinina!

A assimilação de zinco é inibida através de:

Soja Lacticínios (cálcio) Queijo (Hambúrguer) Flocos de cereais Aveia crua Aipo Pão escuro Dieta rica em fibras

Farelo

A assimilação de zinco é promovida por:

Vitamina D

Consumidores de zinco são:

Chumbo Cádmio Formaldeído

Adubos à base de fos fatos

Mercúrio

Fumo de cigarros e charutos

O zinco promove:

Crescimento Força corporal

Formação de proteínas, gorduras e hidrocarbonetos

Produção de esperma

Função genital masculina e feminina

Sentidos do tacto, do olfacto, do paladar e da visão

Apetite

Excreção de chumbo, de cádmio e de mercúrio

Rico em zinco são:

Carne magra e peixe

Pobre em zinco são:

Plantas Legumes

A excreção de zinco é promovida através de :

Stess Fome

Pílula anticonceptiva Álcool + cigarros Transpiração

Esforço físico excessivo Alterações hormonais

Défice de zinco:

quanto mais jovem mais grave

Consequências do défice de zinco:

Acne (mercúrio)

Propensão para infecções Patologia de Feer (mercúrio)

Queda de cabelo (mercúrio, formaldeído)

Pele seca (mercúrio, formaldeído) Hipertensão (chumbo, mercúrio) Hipercinesis (chumbo, mercúrio)

Unhas quebradiças (mercúrio, formaldeído)

Osteoporose (cádmio, mercúrio) Pénis e testículos pequenos no rapaz Impotência, perturbações hormonais

Esterilidade (mercúrio, cádmio, pentacloro fenol)

Esquizo freni a (mercúrio)

5.3.2 O selénio

Em caso de intoxicação por amálgama o selénio é utilizado como recurso somente por dentistas americanos e escandinavos, dado que o DMPS necessário ainda não está disponível nesses países.

Dado que o selénio é um consumidor de zinco, nesses países é estritamente necessário recarregar o zinco que é 200 vezes mais importante (de manhã selénio, à noite zinco).

O selénio intensifica a sintomática da intoxicação psíquica, diminui a sintomática da intoxicação física, quer dizer que promove a deposição do veneno no cérebro, ou seja, intoxica o cérebro.

O selénio é um "intoxicador". Após tomadas de selénio o veneno depositado no cérebro só consegue ser parcialmente excretado com DMPS.

O selénio orgânico nos alimentos faz bem, o selénio inorgânico com sódio em forma de comprimido migra para o cérebro.

O selénio está proibido em caso de sintomas cerebrais.

Em sinal da servidão moderna da química muitos doentes intoxicados através da amálgama ingerem selénio, mesmo no nosso país (na Alemanha), contudo mantêm os seus depósitos de veneno no maxilar. Enquanto que o zinco é importante para 200 enzimas da defesa corporal, o selénio apenas resolve um único défice enzimático causado pela amálgama, que é o da glutatião-peroxidase. O selénio é cancerígeno, promove a deposição de mercúrio no cérebro e inibe a sua eliminação de rotina. O zinco e o selénio são antagonistas. A tomada de selénio reduz assim o zinco corporal. A tomada de selénio pode provocar dores de cabeça, depressão, perturbações sexuais e outras, isto é, sintomas de intoxicação do cérebro por amálgama.

O selénio promove Alzheimer.

5.3.3 Alimentos saudáveis

Teor de oligoelementos em alimentos seleccionados— indicação em $\mu g/100~g$ de produto

Alimento	Zinco	Selénio
Queijo		
Camembert, 30% matéria gorda	3400	6
Emmentaler, 45% matéria gorda	4630	11
Gouda, 45% matéria gorda a	3900	
Tilsiter, 45% matéria gorda	3500	
Ovo		
Ovo de galinha (teor total)	1350	10
Gema do ovo	3800	30
Peixe		
Arenque fumado		140
Felchen (Renke)	1200	37
Truta	480	20-140
Gamba	2310	41
Arenque		140
Lavagante	1600	130
Carpa		7-130
Solha		65
Anchova	1500	

Alimento	Zinco	Selénio	
Atum		130	
Aves			
Pato	2700		
Galinha (figado)	3200	66	
Carne de vitela			
Músculo sem gordura	3000	4.0	
Fígado	8400	40	
Carne de vaca	1200		
Músculo sem gordura	4200	25	
Filete	5700	35	
Perna Carra da parca	3300		
Carne de porco Perna	2600		
Coração	2200	88	
Cereais e derivados	2200	00	
Farelo de trigo	13300	60-130	
Cevada em grão	3100	Até 2000	
Aveia em grão	4500	Até 5	
Aveia em flo cos	4400	8-11	
Milho em grão	2500	Até 9	
Arroz em grão, integral	800-2000	40	
Trigo em grão	4100	1-130	
Trigo em gérmen	12000	110	
Padaria			
Padaria com ovo	1600	65	
Knaeckebrot	3100		
Pão de mistura de trigo	3500		
Legumes e leguminosas			
Feijão branco	2800	22	
Bróculos	940		
Ervilhas verdes enlatadas	650	20. 60	
Ervilhas em semente, secas	3800	30-60	
Feldsalat	540	A+4 CO	
Pepino	160	Até 60	
Alho	1000 1240	20	
Grão de bico em semente, seco Rábano	260	8-167	
Feijão de lima	3100	8-107	
Lentilhas, secas	5000	11	
Folhas de dente de leão	1200	11	
Rábano picante silvestre	1400		
Cenoura	640		
Salsa, folha	900	Até 110	
Couve de Bruxelas	870	18	
Beterraba	590	1	
Feijão de soja	1000	60	
Farinha de soja, gorda	4900		
Cebola	1400		
Cogumelos			
Boleto	700	100	
Fruta			
Baga de roseira brava	920		
Diversos	0000	0.00	
Levedura de cerveja	8000	8-90	
Noz de cajú	4800	2	
Amendoim	3070	2	
Amendoim tostado	3380	Até 40	
Cacau em pó, 20% gordura mínimo	3500	010	
Côco Amêndoa doce	500 2100	810 2	
Allicituda troce	2100	۷	

Alimento	Zinco	Selénio
Noz do Brasil	4000	100
Chá preto	3020	Até 6
Noz	2700	

Teor de ácido fólico em alimentos seleccionados

(indicação em µg equivalente de ácido fólico/ 100 g produto)

Alimento	Ácido fólico
Ovo	
Gema do ovo	127
Ovo completo	50
Cereais e derivados	
Centeio, farinha integral	40
Trigo, farinha integral	43
Trigo em gérmen	271
Trigo em farelo	159
Padaria	
Pão de trigo integral	33
Legumes, leguminosas, cogumelos	
Bróculos, rosas	103
Couve da China	50
Endívia	116
Couve verde	47
Grão em bico, seco	65
Grão de bico, rebentos, frescos	67
Salsa	56
Couve de Bruxelas	60
Beterraba	74
Espargos	59
Espinafre	134
Feijão de soja	94
Rebentos de soja	80
Couve lombarda	66
Fruta	
Laranj a	35
Abacate	35
Melão	30
Diversos	
Fermento de padeiro	930
Levedura de cerveja, seca	922
Amêndoa doce	46
Semente de sésamo	58

Teor de Vitamina B12 em alimentos seleccionados

(indicação em µg Vitamina B12/ 100 g produto)

Alimento	Vitamina B12	
Queijo		_
Camembert, 30% matéria gorda	3,10	
Emmentaler	2,20	
Tilsiter, 45% matéria gorda	2,20	
Ovos		
Ovo completo de galinha (conteúdo total)	3,00	
Gema do ovo de galinha	2,00	
Peixe do mar		
Arenque	8,50	
Cavala	9,00	
Arenque do Mar Báltico	11,00	

Perca	3,80
Salmão do mar	3,50
Atum	4,25
Outros animais de sangue frio	
Ostras	14,60
Ameijoas	8,00
Mexilhão	62,00
Peixe em cons erva	
Arenque fumado	9,70
Arenque em salmoura	6,00
Aves	
Galinha, figado	23,00
Carne e miúdos	
Vitela, músculo sem gordura	2,00
Vitela, coração	11,00
Vitela, figado	60,00
Vaca, músculo sem gordura	5,00
Vaca, coração	9,90
Porco, músculo sem gordura	5,00
Outras espécies de carne	
Cavalo	3,00

5.4

Desintoxicação das toxinas ambientais

Após segura cessação da exposição:

- Desintoxicação dos depósitos de fácil acesso tais como o figado e os rins
- a. DMPS (contra o mercúrio e também contra o estanho, o chumbo, o paládio , o bismuto)
- b. Desferal (contra o alúminio)
- c. Zinco (contra o cádmio)
- d. Carvão (contra pentacloro fenol, PCB, lindano, dioxinas, pesticidas, solventes)
- e. Antabus (contra o níquel)
- Desintoxicação dos depósitos na gordura
- a. Carvão e dieta zero no pentaclorofenol (medir previamente com óleo de parafina), lindano, PCB, dioxinas, pesticidas, solventes
- b. DMSA (DMPS) oral e dieta zero para todos os metais
- Desintoxicação do cérebro
- a. Fresar raízes dentárias intoxicadas e colocar tiras embebidas em gotas oftálmicas *Terracortril* durante 14 dias (análise toxicológica das raízes)
- b. Para os metais aplicar antídotos com grandes intervalos de tempo (por ex. de 3 em 3 meses)
- c. Para os metais inalar DMPS com grandes intervalos de tempo
- d. Para os solventes aplicar carvão e óleo de parafina de 3 em 3 meses durante 3 dias e com dieta zero

5.4.1

Gingko biloba

Em caso de perturbações ameaçadoras de funções cerebrais originadas por veneno (perturbações da memória, tonturas, tremores, respectivamente combinadas com dores de cabeça) verificamos que tem resultado a aplicação de Gingko biloba, a única planta que resiste às toxinas ambientais. Quando se aplica a dos agem recomendada porém, as pesso as intoxicadas experienciam adicionalmente dores de cabeça. A melhoria da função metabólica do cérebro e da composição sanguínea só pode ocorrer lentamente. Recomendamos 3 x ½ comprimido de *Tebonin forte* diariamente durante as primeiras 6 semanas.

5.4.2

Antagonista do cálcio

Dado que o mercúrio promove a entrada de cálcio na célula, a consequência são perturbações neurológicas e tendência para acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e enfartes do miocárdio. Os antagonistas do cálcio normalizam este efeito tóxico. Contudo, a longo prazo promovem a osteoporose.

Pessoas intoxicadas pela amálgama toleram apenas quantidades pequenas de antagonistas do cálcio, por ex. 3 x 200 mg de *Spasmocyclon*.

O efeito positivo aumenta quando se aplica Gingko e o antagonista do cálcio em conjunto. Porém, o efeito só ocorre após a amálgama ter sido completamente removida e a pessoa desintoxicada.

5.5

Intolerância aos metais

Reconhecer: - Nível de metais na radiografia panorâmica do maxilar&dentição

- Focos metálicos nos ápices das raízes dentárias na radiografia

- Focos metálicos na imagem magnética

- Valores elevados na saliva de fricção (Saliva tipo II)

- Análises quantitativas de dente, osso, tecido

- Teste epicutâneo positivo aos metais (após 7 dias)

Tratar: - Remover todos os metais da boca sob protecção tripla

- Antídoto em caso de teste de mobilização elevado (DMPS, Desferal)

Prevenir: - Isenção de pontes metálicas ou de ganchos ou de qualquer outro metal na boca

- Isenção de implantes com superfície metálica (titanio)

- Isenção de cabos eléctricos no espaço de habitação mais próximo

- Isenção de metais no corpo (brincos)

- Isenção de terapias eléctricas (banhos Stanger)

Isenção de electroacupuncturaPouca actividade ao monitor

- Isenção de microondas, isenção de telemóveis

5.6

Terapia comportamental

- Já ultrapassou problemas muito maiores. Um problema sem solução não existe. "A muito longo prazo nada conta".
- 2. Não há receitas patentes, em vez disso existem o esforço e ideias numerosas relativas ao detalhe. Reflict a com toda a calma no que pode fazer para ultrapassar os obstáculos.
- 3. Uma condição prévia é estar em boa forma física, pois aumenta a capacidade de carga psicológica: cuide de si, mantenha ordem, organização e limpeza, faça exercícios de relaxamento, conceda a si próprio o direito a pausas e ao luxo, ouça música e faça tudo o que lhe dê alegria. Nomeadamente um a vida sexual satisfatória consegue promover o equilíbrio psicológico.
- 4. Auto-eduque-se diariamente a manter uma calma alegre.
- 5. Cuide um mínimo de obrigações pesadas. Mantenha-se longe de pessoas difíceis, evite contactos desnecessários.
- 6. Lembre-se sempre de que a medicina e a medicina dentária modernas nos dão boas possibilidades de desintoxicação e de recuperação.
- 7. Aceite ajuda de amigos, pois é a possibilidade mais segura de abandonar os sentimentos de medo e regressar à realidade. Cuidar uma boa amizade é um seguro de vida.
- 8. Faça uma listagem das alegrias e dos amigos e uma listagem das fontes de preo cupação.
- 9. O que não faz sentido é cair em pânico através das preocupações e deixar que o seu humor se degrade.
- 10. Mantenha a sua vivacidade, clareza, projecção, força e calma.

Adaptado livremente de: GROSS G.: "Beruflich Profi, privat Amateur" (Na Vida Profissional Especialista, Na Vida Privada Amador), editora ecom ed 1982

Evitar o contacto com os grupos de químicos mais prejudiciais, entre eles:

- metais
- solventes
- tratamentos para a madeira

- form aldeído
- pesticidas
- gases de combustão, fumo de cigarros

As toxinas a serem evitadas encontram-se em:

- alimentos
- cosméticos
- desinfectantes
- medicamentos
- produtos domésticos
- produtos para hobbies/tempos livres
- trânsito
- trabalho

Procurar alternativas com boa tolerância:

- na boca
- na habitação
- na alimentação

Mudança de vida:

- profissão
- tempos livres
- companheiro

Melhoria dos sintomas evitando o veneno:

- sistema nervoso
- sistema imunitário

Evitar tentativas de terapias nocivas:

- medicamentos
- homeopatia
- psicoterapia
- electroterapia
- cirurgias
- perda de peso sem protecção

5.7

Medidas contra a falta de energia (depressão)

- levantar cedo pel a madrugada
- privação de sono: manter-se acordado durante uma noite
- lâmpadas fortes de 100 Watt em casa
- trazer vestuário claro e de cores alegres, e não preto ou cinzento
- memorizar muito, como por ex. números de telefone, línguas estrangeiras, poemas etc.
- jogar jogos sociais exigentes como xadrez, jogos de computador
- não beber nem uma gota de álcool, mas antes café, chá ou coca-cola
- não tomar calmantes, o mínimo possível de anti-reumáticos, antibióticos ou outros medicamentos que diminuam as funções cerebrais
- fazer passeios e practicar desporto com regularidade, de preferência frequentemente durante pou co tempo em vez de raramente de forma intensiva

- aprender o 'treino autogéneo' e practicá-lo no mínimo três vezes ao dia
- com regularidade contactos culturais como cinema, teatro, museus, exposições
- não pensar no passado, pensar só no futuro

5.8

Terapias sem sentido

Sob o termo terapia sem sentido deve entender-se tentativas de tratamento, as quais não só não trazem melhoria alguma, como também provocam sempre um dano considerável. Os médicos aconselham frequentemente terapias sem sentido quando suspeitam de um doente por autosugestão (substituição da religião).

- Acupunctura: a acupunctura é prejudicial em caso de alergia ao níquel, dado que as agulhas são compostas por níquel e permanecem partículas na pele.
- Chás medicinais: alergias graves podem provocar tremores e tonturas, como observámos com o chá de cavalinha (equisseto), entre outros.
- Homeopatia: Hahnemann, o pai da homeopatia, recomendava em caso de intoxicação por mercúrio, a eliminação da causa (cessação da exposição) seguida de "figado sul furoso" (Hepar sulfuris) (DMPS, DMSA). Em caso nenhum nova introdução do veneno. Isto é ainda mais preocupante para pessoas alérgicas, na medida que conseguimos comprovar em todos os medicamentos que analisámos indicações erradas no rótulo do frasco do medicamento.

O sentido da homeopatia segundo Hahnemann é o tratamento de um conjunto de sintomas e não o remendar dos sintomas através da medicina universitária. Com a homeopatia não é possível reduzir a deposição de veneno nos órgãos.

Após o saneamento da amálgama, quando o organismo está intoxicado de novo e de forma aguda com a amálgama, seria uma loucura introduzir mercúrio adicional no organismo (eventualmente também estanho + prata + cobre). Tal medida conduz sempre a um agravamento considerável da intoxicação. Não se consegue obter qualquer melhoria através da nova introdução de veneno em baixa dosagem, nem por via bioquímica ou toxicológica, nem no que respeita aos sintomas de intoxicação. Inúmeros pacientes que ainda ficaram mais doentes relatam-nos este facto.

Dado que em caso de intolerância ao mercúrio está sempre envolvida uma alergia do cérebro, nunca se pode introduzir o alergénio. É absolutamente proibido em caso de alergia!

Os medicamentos homeopáticos podem conter quantidades enormes de mercúrio (Mercurius D500: $122~\mu g$ de mercúrio).

- Medicina antroposófica: trabalha com elevadas quantidades de mercúrio e intoxica dessa forma os seus assistentes e dentistas.
- Injecções: As injecções estão proibidas em caso de alergia ao níquel, dado que as agulhas são compostas de níquel e deixam partículas na pele. Os medicamentos embalados em ampolas contêm frequentemente o alergénio formaldeído como conservante.
- Electroacupunctura: Faz parte dos métodos fraudulentos mais frequentemente aplicados nas vítimas dos metais.
 Cada analista chega a uma conclusão di ferente. O que é comparavelmente prejudicial e mais barato (preço vai de aproximadamente 125,- a 2000,-€dependendo da ganância) é colocar um telemóvel na cama ao seu lado.
- (Psico)quinesiologia: É o método fraudulento aplicado nas vítimas de metais cuja frequência está em segundo lugar. Tal como no caso da electroacupunctura os resultados não são passíveis de confirmação, cada um mede algo diferente, sem sucessos de cura. A alternativa é o teste epicutâneo de longo prazo.

Medicamentos que provocam a migração do veneno no organismo:

1. Tomada artificial de selénio: qualquer produto de selénio existente no mercado (*Selenase*, *Selenarel*, *Selenokehl*, e outros) contêm selenido de sódio, o qual converte o mercúrio inorgânico em mercúrio

orgânico (metil-mercúrio), o qual é por sua vez depositado no cérebro onde é altamente tóxico, em vez de ser continuamente excretado através dos rins e do intestino como o mercúrio inorgânico. Ao contrário, o selénio contido nos cereais, no peixe e na carne é muito saudável.

O selénio está proibido em caso de sintomas cerebrais.

Neste sentido isto aplica-se a todos os oligoelementos tomados artificialmente.

2. Tomada de glutatião: Em 1992 Thomas Baillie da Universidade de Washington em Seattle descobriu que os sintomas tardios representam a consequência da formação de uma forma de transporte do veneno com o glutatião, um antioxidante próprio do organismo, dado que o glutatião forma uma ligação fraca com a toxina e o conjugado que daqui resulta é transportado com o sangue para os tecidos remotos. Aqui, a ligação rompe-se novamente libertando a toxina, a qual pode assim formar uma ligação com os grupos-SH em mais de 50 locais de cada célula. A excreção é adiada com o glutatião.

Como mecanismo de protecção do próprio organismo as pessoas com intoxicação crónica grave apresentam um abaixamento do nível de glutatião, que é tanto maior quanto mais grave for a intoxicação. Ao desintoxicar o organismo o nível de glutatião sobe de novo automaticamente. Isto é muito importante, pois um nível de glutatião baixo está associado a um risco mais elevado de contrair cancro.

A tomada de glutatião é na maior parte das vezes muito prejudicial devido a uma alergia ao glutatião. Neste sentido isto aplica-se a todas as vitaminas tomadas artificialmente.

3. A incidência de alergias é especialmente alta nas Vitaminas do grupo B e na vitamina C.

Através de vitaminas artificiais as toxinas migram para o cérebro.

- 4. Extracção a óleo: comprovadamente não tem efeito de desintoxicação, porém é muito agradável em caso de lesões na mucosa da boca (e também para os portadores de prótes es).
- 5. *Chlorella*: 70% dos nossos pacientes apresentavam uma alergia a esta alga. Uma cabeça de al face tem o mesmo principio activo e custa um centésimo. De forma nenhuma é possível alcançar uma desintoxicação por esta via.
- 6. Coentros: Não tem efeito desintoxicante. 80% dos nossos pacientes apresentam uma alergia grave ao mesmo. Pão com coentros (Ho sp fisterei, Munique) é mais barato. No mundo inteiro não tivemos notícia de nenhum doente que tenha melhorado por esta via.

5.9

Dez mandamentos para as pessoas intoxicadas pela amálgama

- 1. Actuar imediatament e em caso de doença nervosa ou imunológica.
- 2. Remoção do veneno exclusivamente sob protecção tripla e após radiografia panorâmica.
- 3. Não brocar, mas antes extrair raízes dentárias com uma alta carga tóxica. Qualquer dente doente ou desvitalizado prejudica também outros órgãos.
- 4. Alternativas definitivas só após testes prévios de alergia de longa duração (Tox Center e.V.).
- 5. Antes e após o tratamento fazer análises laboratoriais repetidas por forma a que não lhe possam atribuir o carimbo de "doente mental" (teste da pastilha elástica, teste do DMPS com análise às fezes, metais na raíz dentária, testes alérgicos com duração de 7 dias).

- 6. Alimentos frescos e saudáveis em vez de vitaminas e oligoelementos em forma de comprimidos.
- 7. Terapia com DMPS só após remoção completa de todos os metais. Aplicação de DMPS muito espaçada. Inalação de DMPS em caso de sintomatologia cerebral.
- 8. Combater as caus as da doença em vez de acupunctura, biorressonância, homeopatia, psicofármacos, ou semelhantes medidas de recurso.
- 9. Próteses totais amovíveis evitam novo agravamento do estado de saúde e possibilitam uma cicatrização óptima.
- 10. Selecção criteriosa dos dentistas. Critério: Sucessos comprovados no tratamento de doentes graves por amálgama (nova es cola).

6 Alternativas

Substituição dentária*

- *Allergielabor Otto Huber GmbH (Laboratório para doenças alergias), Schloss Str. 21, 86573 Obergriesbach, Tel. 08251/400010
- (na Alemanha; em Portugal marcar 0049/8251/400010)

 ** Nota do tradutor: Os nomes dos materiais foram mantidos no idioma original em letra italico, apenas se fez a tradução das qualidades.

Nome**	Composição	Aplicação	Vantagens	Desvantagens
Alpa-Crylon	Metilmetacrilato	g,h,n	2,8,9,13	I
Artglass rosa	Metacrilato	r,n	1,5,8,9,10,12	R
Artglass, cor dos	Metacrilato	p,d	1,5,8,9,10,12	R,S
dentes				
Bioplast natur	Nylon	f,s,x,b,a,d,g	4,5,11,12,14	T,X,U,A
transparente		h,i,o,v	15,16,17,18,20, 23,27,28	M,V
Bioplast rosa	Nylon	g,h,j,v	4,5,11,12,14,15, 16,17,20,21,28	A,M,T,U
Charisma, endurece pela acção da luz	Preparação a partir de ésteres bi funcionais do ácido metacrílico, vidro em pó, pigmentos e fotoiniciado res	a,e,p,r,s	1,5,8,9,10,12, 16,28,31	R,S,J,K,T,U
Dentacolor, cor dos dentes	Cloreto de silício pirogénico, múltiplos ésteres do ácido metacrílico	a,d,n,p,s,r	4,8,9,16,31,13 Biodent e Vita	R,J,S
Dentacolor, rosa	Cloreto de silício pirogénico, múltiplos ésteres do ácido metacrílico	a,n,s,r	4,8,9,16,31	R,J
Dentatex PE		a,b1,b2,c,e,o	1,4,9,10,12,13, 14,16,23,24	R
Dentatex PES		a,b1,e,o	1,4,9,10,12,13, 16,23,24	R
Fiber-Splint		a,b1,e,o	4	M
Kautschuk, duro, rosa	Seiva da árvore da borracha com poucos aditivos químicos, sem sulfureto de mercúrio	g,h,t,id,s,o,v	5,9,11,12,14,16, 19,20,21,22	A,B,C,G,O, N,R,U,V
Kautschuk, duro, verde 97	Seiva da árvore da borracha, sem óxidos de metais, sem pigmentos	g,h,t,i,d,s,o,v	5,9,11,12,14,16, 19,20,21,22	A,B,G,O, N,R,U,V
Kautschuk, macio	Seiva da árvore da borracha com poucos	k,t,u	2,5,9,11,12,14, 16,19,20,23,28,	A,C,N,O, M,T,U,V
Luxene	aditivos químicos Metilmetacrilato, benzoilperóxido, vinil	g,h,n,s	25,24,29,31 4,9,13,14,23, 24,26,28	G,A,H,R

Nome**	Composição	Aplicação	Vantagens	Desvantagens
Microbase	Diuretanodimetacrilato,	g,h,s,o,v	5,9,11,12,13,	J
	substâncias de		16,21,26	
	enchimento			
	inorgânicas,			
	iniciadores, substâncias			
	auxiliares, pigmentos à			
	base de óxido de ferro			
	e de titânio,			
	polisulfureto de			
	silicatoaluminato			
D 1 1 1	sódico, azo-corante	. 1	2 0 0 24 25 26	E.C
Paladon clear	Metilmetacrilato e	g,h,n,o,s	3,8,9,24,25,26	F;G
polimerisado a	benzoilperóxido			
longo termo	Madilarata ailata	. 1	2 0 0 24 25 26	E.C
Paladon rosa	Metilmetacrilato e	g,h,n,o,s	3,8,9,24,25,26	F;G
polimerisado a	benzoilperóxido			
longo termo <i>Palabase LC</i>	Polimetilmetacrilato e	h,g,l,n,s,r	9,13,4,12, 16,21,28	J,L,U,K
i aiabase LC	uretanodimetacrilato	11, g, 1, 11, 5, 1	9,13,4,14, 10,41,40	J,L,U,IX
Pala-X-Press rosa	MMA isento de	g,h,s	2,3,8,9,13,25, 26,28	R,I
1 MM 21 1 1 COS 1 USU	cádmio	8,11,3	2,3,0,7,13,23, 20,20	11,1
Poly-W	Metilmetacrilato	a,b,d,o	4,9,12,13, 16,24,28	J,V
Dental "D" rosa	Polioximetileno	g,v,h,n,s	4,11,12,13,14,	D,X,V,T
Dania D 10su	1 OHOAIIICHCHU	8, v,11,11,5	17,20,21,23,	∠ ,23, ₹,1
			24,26,28,31	
Dental "D" cor dos	Polioximetileno	a,b,f,w,c,d,j	4,11,12,14,	A,D,T,X,U,V
dentes	2 OHOMINGUIONO	a, c, 1, 11, c, u, j	17,18,27	. 1,2, 1,21, 0, 1
Promysan Star 98	Do grupo do poliester	a,b,g,f,h,s,o	12,5,11,14, 16,27	X,F,V
opaco branco	Do grupo do ponester	4,0,5,1,11,5,0	12,5,11,14, 10,27	21,1 , v
Promysan Star 98	Do grupo do poliester	g,h,s,o	5,11,12,14,16,	V,X
rosa	- 1 8-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11	8,,-,-	17,27	. ,
Prosthoflex rosa	Policarbonato 90%,	g,h,n,o,s,v	5,9,11,12,13,	A,C,V,T,X
J	enchimento 10%	<i>2, , , , ,</i>	14,16,17,20,21,	, , , ,
			23,24,26,28	
Prosthoflex clear	Policarbonato 90%,	g,h,n,o,s,v	4,5,9,11,12,14,	A,T,F,X,V
v	enchimento 10%	J	16,20,26,27	
Puran	Poliuretano sem	g,h,s	4,9,11,12,13,	Desconhecido
	monómero	-	16,20,25,26,28	
PVSH Polyan rosa	Metilmetacrilato,	g,h,n,s	2,3,8,9,12,	G,H,R,I,M
-	termoplast	=	13,16,25,26	
PVSH Polyan clear	Metilmetacrilato,	g,h,n,s,o	3,8,9,2,12,16,	R,G,H,V
	termoplast		25,26,27,28	
Silikonkautschuk	Polidimetilvenil-	k	32,7	M,N,O,R
	metilsiloxano			
Targis	Bis-GMA, decanodiol-	a,d,p	12,13,16,28	S
	dimetacrilato, uretano-			
	dimetacrilato,			
	pigmentos, óxido de			
	zircónio, dióxido de			
	silício, enchimento de			
	vidro de bário			
Trim	Metilmetacrilato	i,m,d	1,8,9,4,10, 12,32,16	P,Q
(autopolimerisado)	TO 1 1 1 1 TO 1	1110	1.2.0.12.1.1	D
Vectris	Fibra de vidro + Targis	b1,b2,c	1,3,9,12,14,	R
	D'' '' ' ' '		23,24,27	* *
Zeta rosa, endurece	Dibenzoilperóxido e	g,i,h,r,s,v	2,5,8,9,11,12,	J,L
pela acção da luz	uretanodimetacrilato,		13,16,20,21, 26,28	
	ácido silícico			
	pirogénico			

Nome**	Composição	Aplicação	Vantagens	Desvantagens
Zeta cor dos dentes, endurece pela acção da luz	Dibenzoilperóxido e uretanodimetacrilato, ácido silícico	e,c apenas primário, p,a	5,8,9,11, 12,13,16,21, 25	J,L
	pirogénico			

Aplicação

Letra	Significado
a	Coroas, dentes protésicos isentos de metais a longo prazo
b1	Pontes isentas de metais com um membro intermédio
b2	Pontes isentas de metais com dois a três membros intermédios
c	Trabalhos telescópicos isentos de metais
d	Inlays (só quando nenhuma outra alternativa é tolerada)
e	Inlays (para soluções a longo termo)
f	Fundições para modelos isentas de metais
g	Próteses totais
h	Próteses parciais
i	Forragem inferior em pacientes com alergias
j	Ganchos isentos de metais
k	Forragem inferior macia em próteses totais do maxilar inferior
1	Forragem inferior directamente na boca
m	Como corpo de prótes es em próteses al ergénicas, para reparações pequenas ou como provisório
n	'Selins' de sintético
0	Goteiras
p	Revestimento de coroas e/ou pontes
r	Com pigmento rosa na zona labial em pacientes com alergias
S	'Selins' em fundições para modelos
t	ATENÇÃO! Utilizar somente dentes em porcelana
u	Prótese inteira em borracha em caso de emergência, não é apropriada para comer
V	Aplicação em caso de intolerância ao metilmetacrilato

Vantagens

Número	Significado
1	Bom material de ligação
2	Bom material para forragem inferior
3	Em parte bem tolerado
4	Boa tolerância
5	Muito (bem) tolerado
6	Material com capacidade para implantação
7	Dureza Shore ideal seleccionável
8	Fácil de trabalhar
9	Precisão de ajustagem
10	Autorizado para trabalhar sobre dentes lapidados/lavrados
11	Isento de MMA (metilmetacrilato)
12	Isento de benzoilperóxido
13	Cores lindas
14	Alta resistência à ruptura
15	Tem semelhança com a proteína humana
16	Sem formaldeído
17	Resistente, elástico, quase inquebrável
18	Bom para ganchos flexíveis e que poupam os dentes
19	Muito delicado para o maxilar
20	Tem uma acção agradav elmente refres cante sobre o maxilar
21	Muito delicado para o tecido

Número	Significado
22	Material orgânico
23	Longa durabilidade
24	Longo tempo de uso possível
25	Forragem inferior de prótes es sintéticas
26	Fabrico de próteses totais
27	Unicolor, pode por isso ser forrado com Zeta, Dentacolor, Charisma, Targis
28	Isento de cádmio
29	Aguenta uma construção metálica quando esta é tolerada
30	Evaporação do benzoilperóxido através dum procedimento especial
31	Pode ser esterilizado a 135 graus Celsius sem se alterar
32	Muito quebradiço

Desvantagens

Letra	Significado
A	Fabrico trabalhoso
В	Contém enxofre e aditivos escassos
C	Cor rosa opaco
D	Contém formaldeído
E	Só está disponível numa cor branco opaco
F	As partes gengivais parecem pretas ou brancas na zona da frente e pode ser necessário
	forrá-las com Dentacolor rosa, Zeta rosa ou Charisma
G	Por vezes ardor no céu-da-bo ca (pal ato) e na mucosa
Н	Por vezes problemas com a linfa e com a circulação sanguínea
I	Por vezes o corante não é tolerado
J	Quebradi ço
K	Duro como o vidro
L	Ligeiramente quebradiço
M	Manipulação trabalhosa
N	Vulcanização
0	Ligação química ao sintético é possível, reforço do modelo fundido necessário
P	Só é comercializado em branco
Q	Tem de ser submetido a pressão para vedar melhor
R	Por vezes não é tolerado
S	Só é apropriado para revestimento de pontes
T	Difícil de polir
U	Má ligação aos dentes
V	Manipulação técni ca muito trabalhosa
X	Forte contracção e torção após moldagem

Contraindicações para materiais na medicina dentária

Material	Efeitos secundários	Proibido em caso de
Ouro	Doenças autoimunes	Alergia aos metais
Índio	Doenças autoimunes	Alergia aos metais
Cerâmica	Cuidado: não pode ter paládio por	Alergia ao alumínio
	baixo!!	
Sintéticos	Alergia	Alergia ao metacrilato
Prótese de borracha natural	Alergia	Pivots/pinos de gutapercha em dentes desvitalizados
Paládio	Lesões nervosas e imunológicas gravíssimas	Sempre proibido!!
	Doenças autoimunes	Alergia aos metais
Platina	Doenças autoimunes	Alergia aos metais
Titanio	Doenças autoimunes	Alergia aos metais

Nunca aplicar metais como matéria-prima na medicina dentária! Testar a tolerância aos materiais sintéticos antes da sua aplicação.

Matérias-primas baseadas em sintéticos na medicina dentária

Nome	Produtor	Material	Tamanho (μm)
Adaptic II	J & J	Silicato de bário	1-3
$AP\hat{H}$	L.D.Caulk	Silicato de bário	1
Bis Fil P	Bisco	Bário + estrôncio	1-3
Charisma	XXX	Quartzo	1-3
Clearfil Photoposterior	Kuraray	Quartzo	1-3
Estilux Posterior	Kulzer	Silicato de bário, silicato	5-8
		de lítio	
Fulfil	Caulk	Silicato de bário	3-8
Herculite	Kerr	Silicato de bário	0,6
Heliomolar RO	Vivadent	Silicato de colagénio +	0,05
		itérbio + fluoreto	
Occlusin	ICI	Silicato de bário, quartzo	1-8
P-30	3M	Silicato fino	1-3
P-50	3M	Silicato de zircónio	1-3
Post Com 2	Pentron	Silicato de bário	1-3
Vislomolar RO	ESPE	Quartzo	1-5

Prótese total:

Tipo normal: económico, bom ajustamento, facilmente amovível

Material: Pala x Press

Denominação química: metilmetacrilato com benzoilperóxido

Precisão de ajustagem: muito boa

Preço: custos de laboratório, sem custos adicionais

Próteses para pessoas alérgicas:

Prótese em borracha

Material: Seiva da árvore da borracha mais enxofre

Coloração rosa: FeO₂ + TiO₂ Precisão de ajustagem: boa

Os dentes para a prótese de cerâmica saem da fábrica contendo:

- 1. Porcelana
- 2. Casquilhos de paládio xyz
- 3. Solda (liga para soldar)
- 4. Pivots de níquel5. Douradura (banho em ouro)
- 6.-8. Camadas de porcelana.

Para as pessoas alérgicas são removidos no laboratório os metais 2-5 e são calcinadas retenções de cerâmica, de forma a não estarem presentes nenhuns metais.

Prótes es totais em caso de alergia ao benzoilperóxido

Nome	Química	Precisão de ajustagem
Microbase	Poliuretano	Boa
Promysan rosa	Polioximetilano	Não tão boa
Prosthoflex rosa	Policarbonato	Boa
PVHS Polyon rosa ou clear	Metilmetacrilato sem benzoilperóxido	Boa
Paladon rosa ou clear	Metilmetacrilato sem benzoilperóxido	Muito boa
Zeta	Dibenzoilperóxido + uretanodimetacrilato ácido silícico pirogénico	Boa, ligeiramente quebradiço, pois é duro como o vidro

Prótes es totais em caso de alergia ao metilmetacrilato e benzoilperóxido	Prótes es totais	em caso de alergia ao	metilmetacrilato	e benzoilperóxido
---	------------------	-----------------------	------------------	-------------------

Nome	Química	Precisão de ajustagem
Bioplast natur	Nylon	Má
Bioplast rosa	Nylon	Má
Microbase	Poliuretano	Boa
Promysan rosa	Polioximetileno	Má
Promysan Star 91	Poliester	Má
Prosthoflex	Policarbonato	Boa
	rracha Seiva da árvore da borracha	mais Boa
natural cor de azeitona)	enxo fre	
Naturkautschuk rosa (bo	rracha Seiva da árvore da borrac	rha + Boa
natural cor de rosa)	$FeO_2 + TiO_2$	

Materiais que primariamente são bem tolerados podem caus ar lesões adicionais quando existe já um a intoxicação por amálgam a:

- o ouro fixa a amálgama no osso maxilar,
- o paládio potencia o efeito da amálgama e é altamente tóxico,
- índio, gálio, cobre, estanho e outros componentes do ouro barato inibem a excreção de amálgama,
- a cerâmica calcinada potencia o efeito da amálgama através do alumínio,
- os sintéticos que contêm formaldeído prejudicam todos os pacientes com um catabolismo do formaldeído alterado pela amálgama,
- o arame de níquel-crómio-molibdeno, que é frequentemente utilizado para a fixação das próteses na boca, pode desenvolver um forte efeito alergénico e cancerígeno.

Uma comprovada al ergia ao níquel torna proibitivo utilizar como alternativa tanto a amálgama como o ouro.

Assim, como via alternativa para pessoas com doenças muito graves só se obtiveram bons resultados através da extracção de todos os dentes doentes, uma fres agem do colo do dente, a colocação de tiras de pomada para curar a ferida contaminada e ajustagem de uma prótese bem tolerada, amovível, isenta de cádmio.

Os materiais sintéticos são mais duradouros, mais fáceis de trabalhar e mais económicos que a amálgama. Os materiais alternativos para os cuidados dentários só podem ser visados após conclusão de um saneamento correcto da amálgama e subsequente desintoxicação. Qualquer alternativa apresenta desvantagens e pode por ex. não ser tolerada, possivelmente devido a uma alergia. Só podem ser aplicadas alternativas que foram previamente testadas pelo dermatologista durante 7 dias na mão. Só estão cientes de todas as desvantagens das alternativas os médicos dentistas que nunca colocaram amálgama nem nunca colocaram ligas de ouro em doentes com intoxicação por amálgama. Actualmente, quase nenhum médico dentista conhece as alternativas correctas para a amálgama. As ligas de ouro intensificam ainda mais os depósitos de amálgama nos maxilares de pacientes com cargas muito elevadas.

As alternativas mais bem toleradas são*:

Protética

Schellack Basisplatten Vita Inceram Zirkonia

Futura Jet Transparent, com tratamento posterior Futura Jet rosa, com tratamento posterior

Microbase Acron MC rosa

Acron MC transparent

Biodent dentes em porcelana sem botão em ouro Vivodent dentes em porcelana sem botão em ouro Lumin Vakuum Performs dentes em porcelana sem botão em ouro

Coroas e pontes

Vita Inceram Alumina, para coroas Vita Inceram Zirkonia, para pontes

OPC Presskeramik, para coro as nos dentes da frente Procera, para coro as

Conquest, para soluções provisórias, laboratório Panavia ED Primer, para sel agem de todas as preparações

Protemp II, para soluções provisórias, médico dentista Trans Lite, para soluções provisórias, médico dentista Panavia F, para colocação em todos os tratamentos Panavia TC, para colocação em todos os tratamentos

*Testes de alergia comercializados em TOX CENTER e.V. (Tel. 089/64914949 na Alemanha; em Portugal marcar 0049/89/64914949)

7

Pagamento

Os esquizo frénicos só vão retirar venenos mortíferos como a amálgama se a caixa de assistência médica lhes pagar tudo.

Reina puro despotismo no financiamento da patologia da amálgama.

Só quando o doente chega por si próprio ao seu diagnóstico e consegue obter a respectiva fundamentação científica, é que ele tem uma hipótese que, no retroactivo, lhe paguem o tratamento. Dado que só os ricos é que conseguem suportar os custos, cada pessoa devia ponderar antecipadamente se deixa ou não colocar um alergénio na cabeça que só eventualmente será removido, por grande favor, quando já se tiverem mani festado as lesões previsíveis.

Dependendo da situação financeira da caixa de assistência médica competente, ela paga ou não o tratamento.

As caixas de assistência médica antes preferem pagar a peritos do que pagar a cura.

Algumas caixas de assistência médica pagam tudo a 100%, até alternativas em paládio, mesmo em casos em que se sabe de antemão existir uma alergia ao mesmo. Outras caixas de assistência médica pagam somente balúrdios a peritos, cujos relatórios estão sempre a repetir os comunicados oficiais em tom conforme de texto do computador, segundo os quais a amálgama é totalmente saudável, quase nunca se comprovou uma alergia e o doente (e os seus médicos) deviam era ir ao psiquiatra. O que todos estes pareceres têm em comum é que nunca curaram um doente. Estes pareceres poupam às caixas o cumprir com a sua obrigação de pagamento após a precedente terapi a prejudicial. Os outros peritos receiam tornar-se malvistos comprovando uma intoxicação por amálgama e têm medo que a respectiva indústria os aniquile com a sua influência e então preferem ser pagos pela mesma.

A colocação de amálgama não seria um negócio se as caixas tivessem de pagar também o saneamento da amálgama, por esta razão é que todos os médicos de confiança/médicos delegados as ajudam.

Prontidão de pagamento das caixas de assistência médica*

	má	boa
Caixa de assistência médica	Barmer, DAK, Post	Techniker, AOK, BKK Heiber
obrigatória		
Caixa de assistência médica privada	Vereinte, Beihilfe	BKK

^{*}Nota da tradutora: Existem na Alemanha diversas caixas de assistência médica (ou seguradoras de doentes) que são parte do sistema de saúde e da segurança social alemã. São entidades do direito público com autonomia administrativa. Para além das caixas de assistência médica obrigatórias existem ainda as privadas que oferecem um seguro de saúde privado.

Embora na legislação relativa às caixas de assistência médica não exista nenhum código para saldar a remoção da amálgama e só a colocação das alternativas é que seja passível de ser saldada, os doentes espertos são reembolsados em tudo. Um dentista alemão só pode colocar a alternativa em material sintético em cada centésimo paciente, para que se mantenha a amálgama como tratamento obrigatório.

Só os pacientes que tratam tudo por escrito, de preferência com aconselhamento jurídico, e que nunca vão tratar com o funcionário ao balcão, é que são totalmente reembolsados. Aqueles que tratam pessoalmente por via oral são frequentemente enganados.

Embora muitas caixas de assistência médica afirmem que um teste de alergia positivo (teste epicutâneo) é a condição prévia para pagarem quer o tratamento duma patologia derivada da amálgama quer as alternativas necessárias para substituir a amálgama, nós temos conhecimento de numerosos casos em que apesar do teste epicutâneo ser positivo para a amálgama, e ter sido realizado em clínicas dermatológicas universitárias, as caixas de assistência médica recusaram o pagamento, e só perante a ameaça dum julgamento em processo conduzido no tribunal social é que se prontificaram 'voluntariamente' a prestar os pagamentos fixados nos seus estatutos.

Outras caixas de assistência médica, como a *Barmer Passau*, exigiram em caso de teste epicutâneo positivo para a amálgama, a apresentação de um resultado el evado no teste do DMPS, e quando este foi apresentado pagaram prontamente cerca de 4000€ para uma alternativa em ouro.

O paciente tem o mínimo dos problemas com os médicos dentistas e com as caixas se diligentemente evitar falar duma intoxicação por amálgama e falar somente duma comprovada alergia com os sintomas locais típicos.

Se o paciente falar da sua intoxicação comprovada, apresentar valores analíticos e mencionar lesões neurológicas e imunológicas causadas pela amálgama, corre grande perigo de ser classificado de doente ilusório ("ecocondríaco") ou doente mental ("esquizo frénico com a ideia fix a da intoxicação") e de ser internado contra a sua vontade pela polícia na psiquiatria com clausura. Reunimos inúmeros destes casos. Uma libertação só acontece se o juíz responsável for profundamente compreensível. Nestas ocasiões é frequentemente retirado o direito de educação dos filhos.

7.1 Direito

De entre mais que 1 milhão de processos perante o tribunal social por causa de uma comprovada intoxicação por amálgama, ainda não foi um único decidido a favor de um doente, que nós tivéssemos conhecimento. Em casos muito claros, na maior parte deles evitou-se uma sentença, acabando as caix as de assistência médica por ceder no último momento. Os dentistas arranjam sempre peritos suficientes, disponíveis a provar que nos respectivos casos não foi a amálgama que provo cou a doença, mas que o paciente tinha uma debilidade nervosa congénita. Na maior parte dos casos os pacientes argumentam de forma ingénua.

Os tribunais sociais e uma enormidade de advogados (só em Munique são 11.700) vivem bem pelo facto de muitas pessoas interporem recursos em várias instâncias, se bem que há uma ordem por escrito que proíbe aos tribunais reconhecer intoxicações. O responsável e o legítimo autor do crime é o dentista, que colocou a amálgama apes ar dos riscos serem conhecidos (quem, onde, como, o quê, porquê?).

Do ponto de vista jurídico os dentistas podem tudo: encher as raízes de dentes incisivos com mercúrio líquido, deixar limalhas de amálgama no osso maxilar, deixar amálgama por baixo de coroas de ouro, de coroas de cerâmica ou de sintético apes ar de existir uma alergia à amálgama, encher raízes dentárias com mercúrio em excesso, colocar coroas de paládio perante uma alergia ao paládio, apes ar de estar prometido, por escrito, o uso de ouro biológico, e outras.

Do ponto de vista da medicina dentária é permitida qualquer sequência experimental que se possa imaginar de misturas metálicas incompatíveis na boca do ser humano. Não existe nenhuma disposição obrigatória, só existem disposições possíveis. Cada doente tem de descobrir por si a causa e tem de comprovar a lesão suportando ele próprio as despesas inerentes. Se tiver muita sorte encontra um dentista que remove a causa mediante pagamento particular dos honorários.

Algumas caixas de assistência médica recusam, de forma completamente ilícita, o resultado de um teste epicutâneo à amálgama que foi positivo e realizado de acordo com as directrizes da Sociedade Alemã de Dermatologia, quando um médico, um dermatologista ou uma clínica tiveram de confirmar com alguma frequência testes com resultado positivo. Nestes casos as caixas de assistência médica exigem que o resultado seja repetido numa Clínica Universitária. O quão ridículo isto é, só se entende quando se sabe que o teste consiste em que um reagente corrente no comércio seja colocado por pessoal auxiliar num penso corrente no comércio numa prescrita quantidade mínima, e que, após retirar o penso o médico avalia as pústulas na pele. Para isso não são necessários conhecimentos especializados. Mas até estes conhecimentos foram despoticamente contestados a alguns dermatologistas pelas caixas de assistência médica. O quão brutal é a exigência da repetição na Clínica Universitária pudemos observar no caso de um pequeno camponês, que se viu obrigado a percorrer por três vezes os 200 km de autocarro e de comboio até à cidade universitária e a suportar as respectivas despesas, que eram mais elevadas que o montante que a caixa depois lhe reembolsou, para obter novamente a confirmação do teste epicutâneo à amálgama, pois já antes tinha sido positivo por três vezes.

Peritos

Só aqueles que honestamente admitem que a amálgama desencadeia doenças autoimunes mortais em ratazanas saudáveis é que podem fazer um julgamento! Nós não conhecemos nenhum!

7.1.1

Proibição da amálgama

Uma proibição da amálgama nunca vai acontecer, pois seria uma declaração de falência para a medicina dentária mundial inteira com consequências devastadoras para toda a medicina, nomeadamente para a psiquiatria e para a imunologia. As clínicas psiquiátricas (e as prisões) estariam vazias, se se tivesse procedido atempadamente ao saneamento correcto da amálgama em cada pessoa que chamasse à atenção.

7.1.2

Reacção das autoridades

As autoridades negam os doentes pela amálgama.

Mediante pedido da antiga Direcção-Geral de Saúde colocámos à sua disposição os nossos 20 000 casos documentados de amálgama, em parte com doenças autoimunes comprovadas, para verificação. Quando estava tudo pronto não voltámos a ouvir nada durante anos. Parece que o interesse pelas vítimas da amálgama se apagou desde que o Ministério Público suspendeu as investigações.

Os políticos e as autoridades mandam a secretária responder às questões das pessoas afectadas com cartas de computador que dizem sempre o mesmo.

As pessoas intoxicadas cujos filhos morrem preco cemente devido à amálgama são postos na prisão por alegado infanticídio.

8

Sucessos terapêuticos

Qualquer que seja a lesão nervosa ou imunológica, em princípio, apenas se consegue uma melhoria e um aumento da perspectiva futura através da remoção da respectiva toxina, contudo consegue-se sempre obter uma melhoria evitando e tratando atempadamente lesões causadas pela amálgama. Muitas patologias pela amálgama ainda não foram diagnosticadas e clinicamente observadas. Devem ser muitos milhares, a avaliar pelo mecanismo de acção bioquímico da amálgama e pelo extremamente variado padrão de reacção das pessoas às toxinas nervosas e às lesões genéticas.

O mercúrio é transformado nos intestinos e no cérebro em mercúrio orgânico, o qual conduz, dependendo da labilidade, em qualquer concentração mínima imaginável, a lesões do material genético de cada célula individual, ou seja, a mutações pontuais. É isto que desencadei a numeros as lesões metabólicas com "síndroma" médico cintilante. A unidade do nome significa que não se conhece a sua causa. Sabemos que por princípio não se pesquisa uma lesão orgânica por intoxicação, isso não seria compatível com a nossa concepção do mundo, seríamos forçados a aprender a pensar de forma diferente. Pessoas intoxicadas são ainda hoje frequentemente tidos como loucos. A psiquiatria vive deles.

8.1 Alergias, Feer, MCS

A alergia ao mercúrio é extraordinariamente frequente. Só que não ataca a córnea, na qual os dermatologistas na maior parte das vezes realizam os seus testes, mas atacam o cérebro (neuro-alergia, *multiple chemical syndrome* = MCS). Denomina-se síndroma de Feer.

Síndroma de Feer

Originalmente uma intoxicação da criança caus ada pel a amálgam a da mãe ou por medicamentos com mercúrio. Corresponde porém exactamente à intoxicação nos adultos.

Nos anos 20 o pediatra suíço Feer descobriu este síndroma em crianças pequenas. As crianças tinham sido tratadas com pomadas que continham mercúrio, estavam inquietas, sensíveis, reagiam de forma histérica, não comiam, dormiam mal e muitas morriam. Após banir a pomada todas as crianças do entes reconvales ceram (Fanconi, Inglaterra, anos 30, 20 000 crianças). Só os filhos de mães portadoras de amálgama é que ainda voltaram a adoecer. A lesão anterior mais o veneno adicional levaram a esta intoxicação cerebral.

Actualmente o síndroma de Feer é descrito com um número infinito de noções nas crianças, nos adultos nenhum médico o conhece, pois só está descrito em livros de medicina pediátrica. Dado que a excreção do veneno não é extremamente alta, mas são extremas as manifestações cerebrais, o quadro tóxico-alérgico tem de ser considerado um a intoxicação nervosa. O saneamento da amálgama e o DMPS melhoram nitidamente o quadro, uma cura completa não é possível devido aos frequentes contactos com o mercúrio (vacina contra o tétano, *Td-pur*). A consequência mais frequente é uma perturbação do metabolismo do formaldeído devido ao défice do ácido fólico causado pelo mercúrio.

Os sintomas são:

Falta de apetite Perturbação dos movimentos (posição de canguru) Hipertensão arterial Febre

Ponta dos dedos húmidas e vermelhas, com dor ("Morbus Raynaud")

Ter frio

Perda de peso ("Anorexia nervosa")

Dores nos membros

Queda de cabelo

Eczem a na pele

Descamação da pele

Batimento do coração acelerado

Inflamação cerebral

Hipersexu alidade (masturbação)

Prurido

Espasmos de forma epilética

Paralisias (ataxia, 'marcha da estepe', polineurite, poliradiculite, *Landry*)

Fotofobia

Cansaco crónico

Inflamação da mucosa da boca

Fraqueza muscular e distrofia

Sensação de "pelo nos membros"

Irritabilidade

Lesões no sistema nervoso vegetativo

Dores em forma de picada de lança

Transpiração

Salivação

Morte por apneia

Lacrimej ar

Alteração da personalidade (depressões, choroso, negativismo, sonos trocados, apatia)

Dentes soltos e queda de dentes

Tremores

Descontrole do açú car

Comprovação

Se um recém-nascido recebeu amálgama através da gravidez encontram-se invariavelmente no *spin* nuclear do cérebro "UBOS" (*unknown bright objects* = objectos brilhantes desconhecidos) e focos no tronco cerebral e no 'ângulo da ponte' do cerebelo, o denominado síndroma de Feer. Se então se juntarem novas toxinas, por exemplo através de nova amálgama ou através da remoção sem protecção, cada UBOS transforma-se num foco grande, neste caso dá-se o nome de escleros e múltipla ou encefalite disseminada.

Através da evolução da doença aprende-se muito acerca do que a desencadeia.

No caso do MCS do adulto a amálgama e as outras toxinas inspiradas estão depositadas no nervo olfactivo e podem ser comprovados no laboratório toxicológico. O encurtar do nervo olfactivo e a inalação de DMPS desintoxicam.

"Acne"

Sobre as obturações de amálgama aparecem frequentemente na cara borbulhas vermelhas do tipo da acne, que deprimem muito especialmente as raparigas jovens. Só desaparecem após desintoxicação completa da amálgama.

Testes dermatológicos

Raramente uma alergia é contra o mercúrio puro, mas antes, na maioria dos casos, contra um grande número de sais orgânicos e inorgânicos do mercúrio, estanho, prata e cobre, que se formam à superfície da amálgama. Por isso é aconselhável o seguinte teste no dermatologista:

Reservar fragmentos da própria amálgama quando esta é retirada do dente, moer os mesmos em pó e colá-los nas costas com um penso e gordura de coco ou vaselina durante 7(!) di as. Desenvolve-se um quadro semelhante à psoríase. Este teste foi positivo em todos os nossos pacientes intoxicados.

8.2

Falta de energia - depressão

A falta de energia causada pelo veneno é mais intensa pela manhã, dado que durante a noite a desintoxicação está diminuída.

Não existe intoxicação por amálgam a sem falta de energia e cansaço permanente. O mercúrio e o estanho actuam como um chicote contínuo, que não deixam o organismo des cansar. Perturbações do sono fazem parte deste quadro. Este sintoma melhora de form a mais evidente através do DMPS e regressa após transposição do veneno, por isso representa uma das indicações da necessidade de administrar novamente o antídoto.

Em casos especiais o quadro pode piorar até à inconsciência (coma). Sem injecção de DMPS atempada e extracção dos dentes com amálgama estes pacientes definham.

8.3

Dores abdominais

Antigas inflamações do útero e da bexiga levam em mulheres jovens a uma acumulação excessivamente el evada do veneno da amálgama nos respectivos nervos. Tal facto manifesta-se numa curta libertação após administração de DMPS seguida de dores abdominais violentas1-3 vezes. Para além dum saco de água quente o que ajuda rapidamente neste caso é a administração de *diclofenac* (1 supositório de 50 mg).

Especialmente em caso de diarreia o DMPS e o DMSA não ajudam imediatamente. As dores são caus adas em especial pela prata na amálgama, cujo efeito só é enfraquecido pela desintoxicação da amálgama.

A debilidade renal é a consequência clássica da intoxicação por amálgama. Neste caso são melhores as cápsulas para desintoxicar.

A consequência mais frequente de uma intoxicação por amálgama são fungos nos intestinos (*Candida*). Na maioria também é necessário remover cirurgicamente focos de fungos por baixo do dente molar.

8.3.1

Lesão do figado

Através do bloqueio de enzimas (Coenzima A), especialmente em caso de défice celular de zinco, a amálgama provoca em pessoas que não são alcoólicas uma alteração do figado semelhante à do alcoolismo crónico. Esta alteração desaparece complet amente através duma desintoxicação correcta da amálgama.

8.3.2

Inflamação do pâncreas

Como acima, a amálgama pode também conduzir a uma raramente diagnosticada inflamação do pâncreas com desregulação do açúcar. Neste caso formam-se focos nos dentes nº4 superiores.

8.4

Perturbações da micção

Neste caso a amálgama pode actuar a vários níveis: desde uma forte intoxicação dos rins passando pela el evad a concentração no esfincter da bexiga, até bactérias resistentes ao mercúrio e uma el evada concentração de amálgama na próstata. O quadro também é complicado por quistos no útero e nos ovários, que pode ir desde uma urgência permanente de urinar até à necessidade de colocar a si próprio um cateter na bexiga devido aos espasmos da bexiga. Frequentemente existe uma eliminação elevada de veneno pelas fezes. Após o saneamento da amálgama e DMPS é necessário realizar um treino intenso da bexiga.

8.5

Alterações do quadro hematológico

Alterações dos glóbulos brancos e das plaquetas acontecem de forma directa e através de uma inflamação crónica no sistema hematopoiético. Isso pode tornar-se extremamente intenso quando se juntam cargas adicionais através de toxinas para tratamento da madeira.

8.6

Depressões, psicoses

O mercúrio e o estanho depositados em certas áreas cerebrais tornam a pessoa muito depressiva e causam alucinações. Frequentemente acaba em suicídio. Os dentistas e pessoas que trabalham com mercúrio (os chapeleiros de antigamente) apresentam uma taxa de suicídio alta. O que é macabro, é que são exactamente os doentes psiquiátricos, os que se encontram intensamente intoxicados com amálgama. Nos esquizo frénicos existe uma alteração metabólica anormal para o mercúrio: só conseguem eliminar pouco através da urina, eliminam principalmente através dos intestinos. Nessa via forma-se o venenoso metil-mercúrio (orgânico), o qual intoxica especialmente o cérebro. A inalação de DMPS da ampola ajuda muito nestes casos. Dado que existe aqui uma sensibilidade especial do cérebro ao veneno, os valores de mobilização, sendo extremamente baixos, não fornecem nenhuma pista sobre a gravidade da doença, mas antes e somente o melhoramento do quadro clínico após administração de DMPS. Todos os portadores de amálgama têm problemas psíquicos. Alguns aprenderam a lidar com isso. A esquizofrenia tem uma taxa de incidência de 1% na população geral e de 80% nas pessoas intoxicadas por amálgama.

8.6.1

Toxico de pendência

O mercúrio inibe a degradação das drogas, por exemplo através do bloqueio do ácido fólico. Devido aos problemas psicológicos, as pessoas intoxicadas por amálgama muitas vezes deslizam para uma dependência de drogas. Só após uma desintoxicação é que se libertam espontaneamente da toxicodependência.

8.7 Diarreias

Os metais pesados deglutidos irritam as pessoas mais sensíveis causando sempre diarreias, que no caso do mercúrio podem ser purulentas e ensanguentadas. Na biopsia da mucosa intestinal podem ser comprovados os componentes da amálgama.

Porque as toxinas provocam inclusivamente uma forte intoxicação cerebral via circulação sanguínea através da formação de compostos orgânicos pelas bactérias intestinais, as intoxicações intestinais são tratadas por abordagem psicoterapêutica em vez de se procurar a causa. Os diagnósticos dão pelo nome de *Morbus Crohn* ou *Colitis ulcerosa*, dependendo do grau de evolução da intoxicação intestinal. Sem eliminação da causa o paciente permanece um cliente fiel do gastroenterologista e do psicoterapeuta.

Neste caso é absolutamente necessário injectar DMPS, e, para combater a irritação intestinal provocada pela eliminação do veneno via figado e vesícula biliar, administrar em simultâneo carvão medicinal (10 g *Kohle-Pulvis*, Dr. Koehler).

Enquanto persistir a irritação intestinal não devem ser administrados de modo nenhum cápsulas ou pó. As injecções promovem a eliminação ren al e minimizam a eliminação intestinal. Posteriormente têm de ser evitados todos os metais.

O zinco deve ser administrado regularmente de forma endovenosa (semanalmente uma ampola de *Unizink*).

Uma hiperfunção da tiróide provocada pela amálgama também pode intensificar estas diarreias.

8.8 Epilepsia

Quando a deposição do veneno da amálgama é intensa em determinadas áreas do tronco cerebral, podem ocorrer espasmos através de estímulos adicionais (luz, *stress*). A combinação de álcool com metilmercúrio promove fortemente a tendência para espasmos.

A primeira injecção de DMPS pode provocar uma crise se o médico não injectar antes uma ampola de *Phenhydran* na veia. Quando a epilepsia já dura há muitos anos, é necessário extrair todos os dentes com obturações de amálgama há longo tempo e fres ar os depósitos. As cápsulas de DMPS são apropriadas para a desintoxicação a longo termo. Aqui o DMSA é muito melhor, devido à sua capacidade de eliminar mercúrio orgânico do cérebro.

8.9

Perturbações da memória

Qualquer neurotoxina causa perturbações da memória. Contudo é com o mercúrio e com o alumínio que este efeito é mais pronunciado. Um factor de agravamento constitui a alteração do metabolismo de formaldeído. Claro que quem trabalha intelectualmente nota mais cedo. Os sintomas concomitantes são uma lentidão intelectual, temor de coisas novas, dificuldade em se alegrar com pormenores, aumentada sensibilidade à dor, servilismo, exaltação, sensação de viver por baixo dum campânula, incapacidade para movimentos finos com os dedos, etc. O DMSA actua aqui de forma ex celente na desintoxicação do cérebro, mas só após o saneamento da amálgama. Em caso de intoxicação por alumínio o DMPS (em especial quando inalado) ou *Desferal* são mais efectivos. A doença de Alzheimer ocorre através do bloqueio da síntese de acetilcolina provocado pelo mercúrio.

8.10

Dores nas articulações (artralgias)

A prata é o componente da amálgama responsável pelas dores nas costas e nas articulações. Em vez de eliminar a causa, o sintoma, que naturalmente não é o único da intoxicação por amálgama, é frequentemente abordado com uma cirurgia. As lesões musculares que daqui acrescem conduzem frequentemente a novas cirurgias. O lumbago e a artrite do joelho são as mais frequentes.

Quando as queixas articulares perduram durante muitos anos é sempre um foco dentário que mantém a inflamação. O saneamento da amálgama só por si sem saneamento do foco não traz melhoria nenhuma. Os incrédulos deviam medir sempre a concentração de prata nas peças removidas durante as cirurgias (disco vertebral!). Nas soluções alternativas não podem ser utilizados metais, nomeadamente nenhuma prata na liga de ouro. Através do DMPS ou DMSA a prata é reduzida só indirectamente através da remoção dos cocomponentes, o que clinicamente se manifesta na diminuição das dores.

8.11 Queda de cabelo

A queda de cabelo (pontual, circular, mais tarde total) é sempre uma combinação de amálgama (frequentemente materna) e um distúrbio do metabolismo do formaldeído. O acontecimento é dramático e praticamente incurável quando uma raíz desvitalizada é tratada com formaldeído. Na radiografia panorâmica é reconhecível o distúrbio do metabolismo ósseo, que leva à formação de uma inflamação vesicular através da amálgama. Ainda mais importante que um saneamento limpo da amálgama é o evitar do formaldeído no maxilar (fresar dentes desvitalizados) e no pó doméstico. A alcalinização (comprimidos/ bicarbonato de sódio) e o complemento de zinco aliviam transitoriamente. Melhor é a mudança da alimentação para alimentos que alcalinizam e que contêm zinco. O zinco tem de estar presente na alimentação em doses muito altas e durante muito tempo.

8.12

Enfarte do miocárdio, perturbações do ritmo cardíaco

Os depósitos de amálgama nos "dentes do coração" (nº8 ou nº7), ou seja, na maior parte das vezes nos dentes do siso, conduzem através do efeito típico do mercúrio a perturbações do ritmo cardíaco nas pessoas jovens, nas pessoas mais idosas pode levar a um enfarte do miocárdio, dependendo de lesões vasculares adicionais provocadas pelo tabagismo ou provocadas pela estenose nas artérias coronárias por sua vez causada pela amálgama,. Mais tarde, um foco no maxilar mesmo sem o dente pode ter o mesmo efeito que antes tinha o dente.

As queixas desaparecem rapidamente através da remoção cirúrgica das toxinas e respectivas consequências. O DMPS desintoxica os nervos cardíacos melhor que o DMSA. A amálgama como consumidora de selénio prejudica o músculo cardíaco desde o início. Quando as lesões estão instaladas o selénio já não traz melhoras, uma vez que só entra na composição de um enzima (no zinco são 200 enzimas), nestes casos funciona unicamente a desintoxicação conscienciosa da amálgama.

8.13

Propensão às infecções

Após 20 minutos a mastigar pastilha elástica ou após beber um sumo de limão a amálgama baixa em 25% as células da defesa (linfócitos T). Isto tem um papel importante na defesa de vírus (AIDS) ou bactérias (700 diferentes) e fungos (*Candida*).

O consumo de zinco para eliminar os componentes venenosos da amálgama ingeridos continuamente conduz a um défice relativo de zinco nas células (glóbulos brancos), onde o zinco é necessário para sintetizar 200 en zimas de defesa. O défice de zinco também baixa o número das células de defesa.

O local dos focos dentários no maxilar (amálgama, dentes desvitalizados) determina em que órgão se declara a infecção (seios perinasais, estômago, fígado e outros). Por isso, a desintoxicação da amálgama e a administração de zinco só têm efeito quando se realiza também o saneamento dos focos dentários. Os focos de infecção mais frequentes são a cabeça e os pulmões, devido à inspiração, e os rins, devido à excreção da amálgama.

8.14

Infertilidade - impotência

A amálgama pode acumular-se muito fortemente nos órgãos reprodutores e baixar muito o teor de zinco. O esperma é o líquido corporal mais rico em zinco em consequência dos seus muitos enzimas. Com a amálgama e consequente défice de zinco, diminuem tanto o número de espermatozóides como também a funcionalidade dos ovócitos femininos. Uma acumulação de veneno na próstata, nos ovários (quistos) e no útero (miomas) em conjunto impedem um desenvolvimento correcto dos ovócitos fecundados. O afastamento de dentes 14 e 24 com focos promoveu a gravidez em numerosos casos. A administração de zinco (endovenoso) após saneamento correcto da amálgama pode acelerar consideravelmente o engravidar. Para uma gravidez é importante uma terapia de DMPS após o saneamento da amálgama. Também o cádmio, o pentacloro fenol e o formaldeído têm de estar abaixo do limite de detecção.

8.15 Interacções

Ver o capítulo 3.2 sobre potenciação dos efeitos.

8.16 Dores de cabeça

De todas as neurotoxinas é a amálgama que, além do chumbo, do cádmio e do formaldeído, provoca a maioria das dores de cabeça. Durante um ataque de dor violento vê-se na imagem magnética um edema cerebral (excesso de pressão derivada da retenção de água). Quando a amálgama foi colocada há pouco tempo, basta o saneamento correcto da amálgama para afastar completamente as dores, quando já foi coloca há muito tempo é necessário um número crescente de injecções de DMPS. Especialmente aqui é importante a extracção de dentes com formaldeído.

O desaparecimento de dores de cabeça de muitos anos é o efeito mais agradável de uma terapia da amálgama.

8.17 Cancro

O mercúrio orgânico (metil-mercúrio) depositado durante anos em certos órgãos (cérebro, pele, tracto gastrointestinal, e outros) tem um efeito cancerígeno. Através do consumo de selénio a amálgama favorece também por via do défice de selénio a formação de cancro.

Um sinal precoce da formação de cancro é a diminuição relativa das células que "comem" as células cancerígenas (células *killer* linfocitárias).

No caso de ter sido diagnosticado um cancro, a remoção completa dos depósitos de amálgama prolongam seguramente a vida melhorando as defesas imunitárias no combate a uma recidiva.

O tecido do cancro removido cirurgicamente tem de ser armazenado durante 10 anos no instituto patológico, assim a deposição da amálgama como factor causador da doença pode ser comprovada muito posteriormente e conduzir a uma indemnização (250.000€).

8.18

Paralisias, MS, esclerose lateral amiotrófica

Na radiografia panorâmica e na imagem magnética encontram-se as mesmas alterações no maxilar por baixo dos dentes extraídos. Quando estas alterações também são visíveis no cérebro, e além disso se encontram altas concentrações de metais no osso maxilar por baixo dos dentes extraídos, tem de se assumir que os metais são a causa. Focos com áreas maiores e menores no cérebro representam assim focos de inflamação que se formaram

devido aos metais. Seguimos há anos um grande número de pacientes nos quais diminuem as manchas na imagem magnética da cabeça e regridem as paralisias (e outros sinais denominados de esclerose múltipla) lentamente em forma de onda, após um saneamento correcto da amálgama, e enquanto decorrem as injecções ou inalações de DMPS (ver cap. 5.3). O DMSA em pó está estritamente proibido aqui, pois a rápida desintoxicação do cérebro conduz muito frequentemente a uma pioria muito grave (crise). Está autorizado a inalação de DMSA. Pela mesma razão o zinco também só pode ser administrado com grande precaução (quando muito em baixas doses). Ainda não conhecemos nenhum doente com esclerose múltipla sem obturações de amálgama (da mãe)!

Doentes com Feer têm de mandar remover a amálgama com protecção.

É melhor não fazer nada contra a intoxicação por amálgama do que fazer algo errado, como por exemplo remover a amálgama em vez de extrair o dente, tomar DMSA em vez de DMPS, tomar selénio, etc.

Todas as neurotoxinas têm de ser evitadas nestes casos (chumbo, formaldeído, tratamentos para madeira, piretróides)!

8.19

Debilidade muscular

O mercúrio inibe a aldolase muscular, o enzima do metabolismo muscular e pode levar a patologias musculares hereditárias através de mutações pontuais. Dado que se trata de um distúrbio imunológico, uma melhoria só pode começar após remoção completa do veneno, ou seja, necessita de imenso tempo. O zinco é muito útil na desintoxicação e é necessário em doses máximas. O selénio não tem efeito algum. Cada saneamento da amálgama conduz a um agravamento que se mantém por muito tempo, por isso na maioria dos casos a fresagem dos depósitos no maxilar é inevitável. Na maioria, as melhoras só se manifestam decorridos 5 anos.

Quedas no aproveitamento de desportistas de ponta podem ser tratadas da mesma forma.

8.20 Gravidez

A gravidez é a altura mais importante para uma formação (*imprinting*) que se mantém para a vida inteira. A amálgama da mãe, não só a actual mas também a anterior, determina a sensibilidade da criança aos químicos em geral (sensibilidade química). O sangue da criança no seio materno contém uma concentração de mercúrio 6 a 30 vezes superior à do sangue materno. Durante a primeira gravidez a mãe desintoxica até cerca de 40% do veneno total no seu corpo (cerca de 5% na segunda gravidez). Os recém-nascidos revelam no teste de DMPS na urina um teor de mercúrio até 2500 µg/g creatinina, o que é extremamente elevado até mesmo para adultos.

Os recém-nascidos são no mínimo 100 vezes mais sensíveis às toxinas que os adultos. Para o mercúrio não existe uma quantidade de veneno seguramente não-tóxica para o corpo. As lesões provocadas pelo mercúrio na criança pequena é bem conhecida como o síndroma de Feer desde há mais de 70 anos. Cerca de 7% destas crianças morreram devido a isso. Nas que sobrevivem o sinal mais evidente é a inquietude, a irritabilidade e a necessidade constante de dormir. Mais tarde fazem-se notar devido a distúrbios cerebrais. É um paradoxo que tenhamos mensurado em escolas para crianças deficientes as concentrações mais altas de toxinas habitacionais, o que é um factor potenciador. As crianças pré-lesionadas com amálgama materna têm uma tendência muito superior para desenvolver cáries que as crianças sem lesões metabólicas. O que significa "colocar fogo no telhado" é quando depois se insere ainda amálgama nos dentes destas crianças. A amálgama num dente do leite envenena o dente definitivo durante a respectiva formação até ao factor de um milhão. O cérebro infantil pré-lesionado reage de forma mais intensa à nova entrada de amálgama. Contudo, a quantidade de amálgama

derivada da gravidez por si só, já traz ao lactente, para além de distúrbios nervosos, uma propensão para infecções, uma propensão para alergias e numerosas doenças da pele.

Qualquer tratamento dentário em dentes com amálgama tem de ser estritamente evitado durante a gravidez, em caso de dor os dentes molares com obturações profundas têm de ser extraídos após um tratamento analgésico a *laser*.

Evitar qualquer libertação de amálgama.

Desintoxicação somente com zinco (0-2-2 *Unizink*). Quando o nível de zinco nos glóbulos sanguíneos está demasiadamente baixo tem de se contar com um aborto espontâneo, se não for administrado zinco em quantidade su ficiente.

Os recém-nas cidos são as vítimas da amálgama mais desamparadas.

Lesões causadas pela amálgama à nascença:

Cegueira, hidrocéfalo, espasmos (epilepsia), peso baixo, des envolvimento retardado, distúrbios do crescimento, edemas.

8.21 Tonturas

As tonturas são um dos sinais de uma intoxicação crónica por amálgama muito grave, frequentemente em associação com um metabolismo do formaldeído anómalo. Se a imagem magnética da cabeça não revel ar focos metálicos na zona do cerebelo ou se não coexistir uma intoxicação grave com toxinas para tratamento da madeira (lindano – Parkinsonismo), o DMPS traz imediatamente uma melhoria transitória. Caso contrário é necessário proceder a uma extensa pesquisa de outras toxinas ambientais depositadas. Porém, a amálgama inserida em um único "dente da audição" (18, 17, 28, 27) pode igualmente conduzir a tonturas.

8.22

Distúrbios da visão, da audição e da fala

Dado que muitos dos distúrbios causados pela amálgama e relacionados com a visão, a audição e a fala, já existem desde a nas cença devido à amálgama materna, os agravamentos substanciais devidos à colocação de nova amálgama na criança pequena já não dão muito nas vistas. Na sua grande maioria, os pacientes só reconhecem a associação após DMPS, por exemplo quando de repente é necessário usar uns óculos mais fracos.

Quando os distúrbios se manifestam mais tarde, tem de se pesquisar se há um foco no "dente da visão" (3) ou no "dente da audição" (8 e 7), e, eventualmente extrair o dente. Extrair um "dente da visão" só é fácil em pacientes de idade avançada ou com tumores nos olhos, os pacientes mais novos rejeitam frequentemente esta hipótese, porque a respectiva prótese é desagradável. No tratamento dos depósitos cerebrais adequa-se muito bem o DMSA.

Zumbidos nos ouvidos ocorrem frequentemente em caso de focos dentários e amálgama em conjunto com ouro (paládio).

Segundo estimativas da Liga Alemã contra o *Tinnitus* cerca de 5 milhões de pessoas na Alemanha sofrem permanente ou temporariamente de zumbidos nos ouvidos. Frequentemente os médicos estão desamparados. A gaguez e a dificuldade em encontrar a palavra certa melhoram frequentemente após DMPS.

Óbitos, morte infantil súbita

Inúmeros pacientes sofrem a morte da amálgama, uns deslizam para o desmaio como que em ataques de crepúsculo, os outros morrem em ataques nocturnos com paragem respiratória. Esta última é a causa típica da morte in fantil na morte súbita (SIDS = sudden infant death syndrome). In fecções e feridas cranianas pioram o quadro subitamente. Alguns lactentes falecidos apresentam no seu cérebro e no seu figado concentrações de mercúrio mais elevadas que os adultos (2000 μg/kg) Mais de 2000 lactentes morrem na Alemanha anualmente por morte súbita.

Em pessoas falecidas com intoxicação por amálgama o veneno só pode ser comprovado nos órgãos de deposição, nomeadamente em tumores.

Cada pessoa comprovadamente falecida devido a este medicamento está segura pelo produtor num a seguradora no valor de 250.000€ Actualmente ainda não se pesquisa por rotina a amálgama como causa de óbito, por isso é necessário solicitá-lo.

8.24

Tremores

A amálgama provoca, muito mais frequentemente que todas as outras neurotoxinas, tremores concomitantemente com um nervosismo, quando determinadas áreas específicas do cerebelo e do tronco cerebral acumularam mercúrio. Se sobre esta pré-lesão incidir lindano, contido em venenos para tratamento de madeira, ocorre Parkinsonismo, como no caso do chumbo e de outras neurotoxinas. A intoxicação por amálgama isolada melhora rapidamente na administração de DMPS e ainda melhor na de DMSA. O zinco aperfeiçoa a desintoxicação.

O álcool melhora inicialmente o sintoma, a longo prazo piora-o através do aumento de metil-mercúrio no cérebro.

8.25

Refilões (quereladores)

Pacientes, e até duas organizações de aconselhamento sobre a amálgama, instauraram sem sucesso processos contra o autor, por este os ter ajudado supostamente muito pouco em processos contra os produtores de amálgama.

Todos aqueles que instauraram processo contra os "envenenadores" com amálgama e perderam a causa, acabam por dirigir a sua acusação contra aqueles que os tinham ajudado correctamente ("João zinho queixoso").

Pessoas intoxicadas pela amálgama conseguem ser incrivelmente egoístas e traiçoeiras.

<u>Frequentemente os doentes pela amálgama desmotivam todos os médicos, mesmo aqueles que querem ajudar.</u>

A amálgama conduz à lamentação em vez da acção enérgica. Esta "refilância" tem de ser olhada como sintoma patológico e ser tida em conta como tal.

8.26 Psicossomática

As toxinas dentárias como a amálgama levam à formação de focos purulentos no maxilar, os quais, via irritação dos nervos na cabeça, provocam a irritação de órgãos, i.e. a denominada psicossomática.

Estas queixas psicossomáticas só se curam através da remoção do pus ("somática") por baixo dos dentes, em consequência desaparece a irritação dos nervos ("psico").

Causas orgânicas de queixas psicológicas ignoradas durante muito tempo ou até terapia psicológica isoladamente conduz em regra a consequências orgânicas irreversíveis como cancro. Caso se encontrem venenos de longa duração como metais nos focos de pus por baixo dos dentes, estes provocam, através duma alergia, doenças autoimunes que após longo tempo também são mortais.

9

Prognóstico

Enquanto que nas intoxicações agudas é a quantidade de veneno que determina a dimensão da lesão toxicológica, nas intoxicações crónicas, como no caso da intoxicação por amálgama, são os factores da incorporação do veneno:

- Inspiração para o cérebro,
- Metilação através de vitaminas, oligoelementos e fungos,
- Deposição no sistema imunitário (alergia, doença autoimune) ou no sistema nervoso (psicose) ou em ambos,
- Anomalia da eliminação: em vez de ser através da urina ocorre via figado para os intestinos,
- Inibição da eliminação através do distúrbio da alfa-1-microglobulina e da glutatião transferas e.

Sem conhecer todas as anomalias na incorporação do veneno não é possível fazer um prognóstico com compromisso sobre a evolução seguinte da intoxicação.

Como regra empírica para a intensidade do tratamento de uma intoxicação por amálgama aplica-se porém que em caso de distúrbios do bem-estar é suficiente fazer um saneamento da amálgama com protecção tripla, enquanto que em caso de doenças autoimunes é necessário um saneamento completo dos focos tóxicos com subsequente desintoxicação. Mesmo assim, tem de se contar no mínimo com 10% de lesões orgânicas irreversíveis.

Colocar metais na boca através dos quais se desenvolvem doenças autoimunes, é o maior erro da Medicina.

Nova Escola

Todos os médicos dentistas da "Nova Escola" conhecem o manual "*Klinische Toxikologie in der Zahnheilkunde*" (Toxicologia Clínica na Medicina Dentária) e "*Atlas der Giftherde*" (Atlas dos Focos Tóxicos)*. Estes médicos não têm problemas em lidar com intoxicações crónicas. Só é preciso procurar estes médicos. Não os podemos mencionar por razões de direito civil (publicidade proibida).

*Também em "Handbuch der Umweltgifte" (Manual das Toxinas Ambientais) e "Klinische Toxikologie" (Toxicologia Clínica), editora ecomed.

10

Carta de uma pessoa afectada

DESTINATÁRIO

Médico dentista Associação dos médicos dentistas da caixa Médico de família Caixa de assistência médica Produtores de amálgama Direcção-Geral Federal de Saúde Ministério Federal da Saúde Deputados Entidades empregadoras

Excelentíssimos Senhores.

Como cidadão alemão bem comportado eu julgava que precisamente nas questões relacionadas com a saúde me era recomendado o que promove a minha saúde, e que, em caso de doença seria assumido tudo o que fosse "adequado e económico".

Agora alguém me disse que a amálgama, que me foi colocada sem qualquer esclarecimento sobre os efeitos secundários para tratar as minhas cáries, contém no mínimo 50% de mercúrio líquido.

Ninguém me disse que é incomparavelmente mais perigoso inspirar os vapores de mercúrio durante a respectiva colocação, polimento e substituição.

Ninguém me disse que o mercúrio que se alojou no cérebro só se reduz para metade depois de 20 anos e que não pode ser removido com coisa nenhuma se o meu osso maxilar estiver cheio de mercúrio.

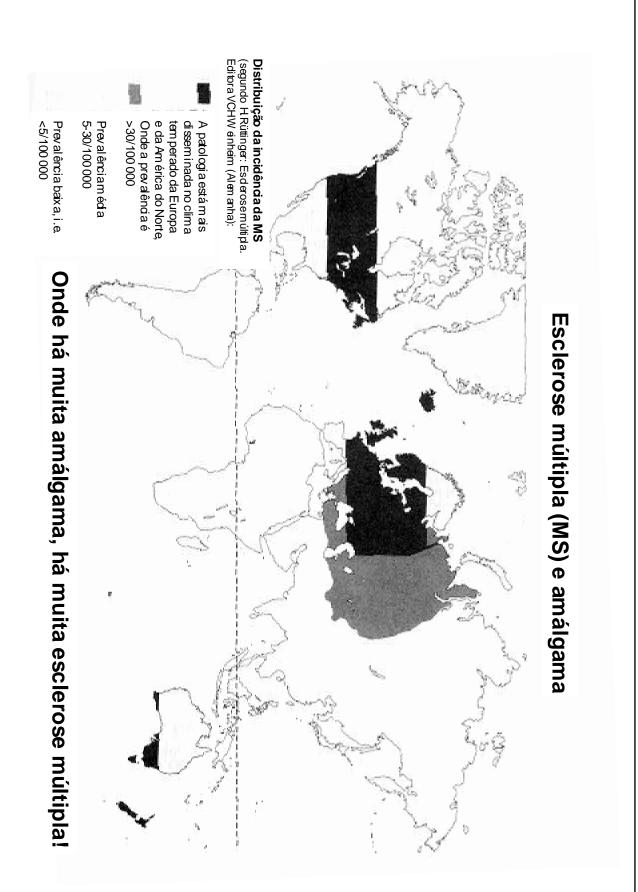
Ninguém me disse que há pessoas extremamente sensíveis ao mercúrio que o têm de evitar totalmente.

Ninguém me disse que a amálgama destrói a minha gengiva e as minhas raízes dentárias, por forma a necessitar de dentes artificiais.

Como um dos raros Alemães privilegiados vim a saber disto por puro acaso. Fui fazer um teste de DMPS, que na minha caixa de assistência médica é proibido, se bem que já ajudou milhares de pesso as. Depois fez-se-me luz quando melhorei de um a parte das minhas queix as. Fui a um "dentista alternativo" remover o lixo perigoso da minha boca usando para o efeito uma protecção de plástico e oxigénio, pois tinha ouvido que a remoção sem protecção torna os doentes ainda mais doentes.

Como no meu caso a amálgama já se encontrava colocada há muito tempo e já tinha provocado as lesões potenciadoras nervos as e imunológicas, desenvolvi uma doença autoimune causada pela amálgama e sei que mesmo renunciando aos meus dentes nunca mais ficarei completamente saudável.

Embora eu saiba que é importante que a economia e o sistema de saúde floresçam desta forma, não consigo porém entender que nunca me tenham informado sobre os riscos. Temo que seria hoje mais saudável se como paciente da caixa nunca tivesse ido ao dentista ou se tivesse extraído logo os dentes cariados.



Sobre o autor

Doutor Max Daunderer

Publicações

Único autor dos manuais

TOXICOLOGIA CLÍNICA (13 volumes, até à data 196 suplementos) Assim como mais de 50 livros sobre intoxicações

MANUAL DA INTOXICAÇÃO POR AMÁLGAMA (3 volumes, 15 suplementos)

MANUAL DAS TOXINAS AMBIENTAIS (6 volumes, 71 suplementos)

MANUAL DAS DROGAS (3 volumes, 31 suplementos)

Co-autor com o Doutor Lutz Roth: LISTAS DAS TOXINAS (5 volumes, 101 suplementos) Desde 1974, 5ª edição

PRIMEIROS-SOCORROS EM INTOXICAÇÕES

INTOXICAÇÕES AGUDAS

TOXINAS NO DIA-A-DIA

Até 2004 foram editados 100 livros e manuais do autor, dos quais 31 livros de ensino superior com mais de 400 actualizações. Mais de 500 monografias sobre intoxicações, mais de 1000 palestras na Europa e nos E.U.A. sobre temas especiais de intoxicação, cursos correntes para médicos de urgências sobre terapia na intoxicação.

Uma série de artigos sobre intoxicações de massas/populações e lesões de orgãos via intoxicações crónicas através de alimentos, emissões industriais, incineradoras e lixeiras, ligação entre danos imunológicos, alergias a toxinas ambientais e patologias autoimunes, lesões cerebrais, focos de toxinas no corpo, focos dentários, cancro e carga ambiental, ameaça à saúde através da amálgama e outros metais pesados, toxinas da madeira, diluentes, toxinas dentárias e toxinas do lar.

Obra científica

- Desenvolvimento do projecto sobre drogas: "Contacto Desintoxicação Seguimento" em conjunto com o Instituto Max-Planck de Psiquiatria.
- Montagem dos primeiros Serviços de Cuidados Intensivos para Tratamento de Intoxicações no Hospital Municipal de Munique-Schwabing sob o Prof. Bauer.
- 1971 Direcção da missão em caso de catástro fe no primeiro Mega-Festival *Open-Air* dos Pink Floyd na Alemanha na ilha Gruen no Reno com 120 000 ouvintes.
 - Primeira palestra científica sobre dois óbitos de 14 anos devido a Rosimon-Neu, não obstante tratamento nos cuidados intensivos, no âmbito do 50º Congresso Anual de Medicina Legal em Mainz.
 - Redacção do primeiro Prontuário de Intoxicações baseado em fundamentos de cuidados intensivos nos respectivos tipos de intoxicações, em forma de tabel a.
 Anexo em cartão na revista "Clínica Médica", mais tarde editado como livro de bolso, venda de 200 000 exemplares em cinco edições.
- Primeira aplicação do antídoto do ácido cianídrico 4-DMAP (provas de agregação), fundamentos científicos para a sua circulação assim como também dos antídotos tiosulfato sódico, azul de toluidina, physostigmin e pó de carvão em copo descartável
 - Introdução inaugural da Medicina dos Cuidados Intensivos na Toxicologia Aguda, obra em

tabela "Clínica Médica"

- 1973 Instalação dos primeiros Cuidados de Urgência Toxicológica nos Bombeiros Sapadores de Munique. Desenvolvimento de uma "Mala TOXicológica" para tratamento de intoxicações.
- 1974 Primeira aplicação de DMAP como antídoto do ácido cianídrico em caso da mais grave intoxicação, mais tarde provas de agregação, desenvolvimento de uma solução para forçar a diurese de furos emida, a qual passou a ser comercializada. Montagem de uma terapia de drogas em três etapas em conjunto com o Instituto Max Planck de Psiquiatria e com meios do governo federal alemão. Planeamento de uma Clínica de Terapia Comportamental para doentes psicossomáticos, em missão da Instituição Seguradora Federal dos Funcionários (BfA = Bundesversicherungsanstalt fuer Angestellte) em conjunto com o Instituto Max Planck e o arquitecto Sep Ruf.
- 1975 Com a tomada de posse como médico chefe de serviço do Departamento de Toxicologia da Universidade Técnica de Munique serviço de prevenção 24 horas ao dia, acompanhamento de 5 intoxicações de multidões como toxicologista chefe em mais de 20 000 intoxicados, desenvolvimento de esquemas de diagnóstico e terapia para o caso de ataque da multidão. Preleção de Toxicologia Clínica na Universidade Técnica e na Academia da Saúde.
- 1976 Descoberta do efeito antídoto de physostigmin na intoxicação aguda de álcool e na profilaxi a do delírio do desmame de álcool. Descoberta do efeito mortal do ácido cianídrico em incêndios de casas através da carbonização de sintéticos a baixas temperaturas. Esclarecimento de todos os corpos de bombeiros do mundo sobre a necessidade de profilaxia com protecção respiratória pesada e de terapia com antídotos. Numerosas palestras internacionais e publicações. Desenvolvimento do teste de physostigmin para intoxicações de álcool e de anticolinergicos, introdução no mercado como medicamento, identificação de TCDD de Seveso como causa da intoxicação ambiental, concepção de uma minuta de desintoxicação.
- 1977 Investigação e introdução no mercado dos antídotos atropinal % (intoxicação de E605), azul de toluidina (formadores de methemoglobina), carvão medicinal 10g, DMPS (metais pesados), Manual "LISTA DAS TOXINAS".
- 1978 Desenvolvimento do teste do DMPS na intoxicação crónica por metais, leis das intoxicações crónicas.
- 1979 Desenvolvimento de um esquema terapêutico para toxicodependentes (alcoólicos, morfinistas) com antagonistas; desmame da morfina com Naltrexon.
- Pesquisa das emissões das incineradoras, E NCICLOPÉDIA TOXICOLÓGICA DAS DIOXINAS, livro 1980 de ensino "TOXICOLOGIA CLÍNICA".
- 1982 Investigação das toxinas da habitação, pentaclorofenol e outros, denúncia/queixa contra os produtores de PCP (protectores da madeira).
- 1985 Missão em Bhopal como único toxicologista clínico enviado pelo Governo Federal Alemão, investigação da caus a *in loco*, procura e administração de antídotos para 300 000 intoxicados.
- 1989 Investigação da intoxicação por amálgama, desenvolvimento dos testes à saliva, comprovação de toxina na base do dente, testes de DMPS/DMSA; denúncia/queixa contra os produtores de amálgama, perito no processo de spray para cabedal ("Erdal")
- 1990 Investigação das lesões tóxicas no catabolismo do formaldeído, defeito enzimático no catabolismo, manual "T OXINAS AMBIENTAIS", manual "INTOXICAÇÃO POR AMÁLGAMA", manual "DROGAS".
- 1991 Investigação das lesões tóxicas na base do dente, materiais de substituição dentária, paládio, focos de toxinas no osso maxilar e no cérebro (spin nuclear).
- 1993 Perito no processo de protectores da madeira em Francoforte; Investigação: que quantidade de veneno tolera o nosso organismo, determinação quantitativa da glutatiãotrans ferase como medida do catabolismo de toxinas em pessoas lesadas por químicos e vias para a sua normalisação evitando as toxinas.

É exclusivamente o nosso corpo que decide a dose de veneno que tolera. (Daunderer, 1993)

- 1994 Investigação de todas as toxinas dentárias, manual "T OXICOLOGIA CLÍNICA NA MEDICINA DENTÁRIA, FOCOS DE TOXINAS"
- 1995 Investigação das doenças da civilização devido a patologias autoimunes derivadas de toxinas ambientais e BSE, 'T OXINAS NO DIA-A-DIA'
- 1996
- Doenças psicológicas derivadas de toxinas, "P SICOTOXINAS" Doenças autoimunes derivadas de toxinas, "A UTOIMUNOTOXINAS" 1997
- 1998 Investigação das alergias a próteses dentárias, ao ouro, ao titânio, ao paládio e às vacinas.

1999 - Investigação do efeito dos medicamentos na água potável.

- Investigação dos prejuízos de saúde através da alta frequência, listagem das toxinas de sabotagem.
- 2001 Experimentação do neurotransmissor GABA em casos de esquizo frenia por amálgama
- 2002 Descoberta de lesões do DNA causadas por amálgama ou ouro.
- Descoberta das toxinas de cadáver e toxinas do pus sob os dentes. Descoberta do efeito mortal dos telemóveis e dos telefones DETC.

Coibição de novo medicamento prejudicial.

Em 1969 eu sozinho consegui que um antibiótico com efeitos colaterais consideráveis não fosse introduzido no mercado. Como o estagiário mais novo, ainda sem licenciatura (assistente), a receber uma "mesada" como remuneração, participei num ensaio clínico para *Randomi cina*, um medicamento de uma empresa es candinávia. Por cada paciente a quem administrávamos este antibiótico tínhamos de preencher, sem honorário, um impresso de dez páginas. Mas também podíamos marcar com uma cruz no final do impresso: "sem efeitos colaterais, bom sucesso de cura". É o que acontecia na regra. Este medicamento grátis era aplicado em cada paciente para poupar no orçamento de medicamentos no nosso hospital grande com 2500 camas. O chefe de serviço e o director fi cavam muito contentes com cada paciente que participava no ensaio porque poupava no orçamento da farmácia hospitalar e porpque eram magnifi camente recompensados por cada caso. Mani festavam o seu contentamento sempre que lhes entragavam um protocolo de ensaio preenchido, que eles assinavam mas nunca liam.

Qualquer paciente que tomava este antibiótico, sem ex cepção, ficava imediatamente com queixas fortes no estômago, muitos vomitavam e ficavam com diarreia. O antibiótico actuava, mas continha no comprimido um ex cipiente prejudicial. Após poucos casos era claro que este medicamento era indiscutível. Foi testado em muitas clínicas. Em segredo telefonei à empresa e soube que ainda não se conheci am quaisquer efeitos colaterais até este ensaio. Era evidente que este medicamento entraria no mercado logo após conclusão deste ensaio clínico. Todos o esperavam com grande expectativa, pois ainda não havia no mercado tetraciclina para engolir. Perguntei ao meu chefe de serviço se também poderia testar esta substância. Ele respondeu que se eu conseguisse 50 pacientes poderia acompanhar, juntamente com a minha esposa, todos os médicos que participaram no ensaio ao mais caro restaurante *gourmet* 'Humpelmayr'.

Assim conteceu. Dentro de um curto prazo os 50 impressos estavam preenchidos. Ao primeiro dia todos os pacientes se queixaram de fortes dores no estômago, vomitaram ou tiveram diarreia violenta. Tal facto reportei minuciosamente nos protocolos de teste e mudei de imediato os pacientes para a comprovada forma injectável. De cada vez que entregava um protocolo de teste e levantava novas embalagens para ensaiar, recebia enorme louvor.

Mais tarde, durante o festejo finalista no restaurante *gourmet* todos falavam do bestial medicamento. Contudo, o porta-voz da empres a disse que o ensaio da nossa clínica foi o pior, dado que um dos médicos teve uma interrupção de 100% por causa dos efeitos colaterais, e pediu ao chefe de serviço para excluir este médico dos ensaios no futuro. A suspeita recaiu de imediato sobre mim.

Desde esse dia todos os médicos do serviço foram muito simpáticos comigo, o director continuou a apreciar o meu esmero, o chefe de serviço odiava-me. A minha vida tinha mudado.

Este medicamento nunca entrou no mercado. Numa altura em que o meu segundo director esteve na empresa na Escandinávia mostraram-lhe o impresso do computador e como a nossa clínica sobressaía de forma negativa das outras sessenta devido a um médico.

Desta forma impedi numerosos outros medicamentos prejudiciais, que os ensaios clínicos bem pagos de outra forma teriam passado sem problemas.

Qualificação

Pratiquei nos últimos 35 anos como Internista, Médico Ambiental e Toxicologista Clínico Agregado com numerosas publicações e mais de um milhar de palestras sobre intoxicações e sua profilaxia e terapia.

Tratei cerca de 100 000 pacientes com intoxicações, nos quais cerca de 20 000 intoxicados pela amálgama. Há 35 anos que dirijo as urgências toxicológicas do TOX CENTER (associação registada).

Desde as missões nos casos de intoxicação em massa em Seveso e Bhopal que me dedico intensivamente a intoxicações de forma aguda e crónica provocadas por influências ambientais e empenho-me principalmente na prevenção.

Desenvolvi todos os antídotos para intoxicações actualmente comuns (o meu tema de agregação) e todos os testes para reconhecer as intoxicações agudas e crónicas e as toxinas ambientais.

Sou autor de 100 livros científicos técnicos, por exemplo: ENCICLOPÉDIA TOXICOLÓGICA DE DAUNDERER (31 volumes, 400 suplementos).

Durante muitos anos administrei as aulas teóricas de Toxicologia Clínica na Universidade Técnica de Munique e fui director da Escola Privada para Enfermeiros Socorristas em Berlim. Desde 1970 fui médico de urgências toxicológicas do corpo de bombeiros sapadores de Munique, desde 1976 Chefe das urgências médicas, desde 1981 médico de urgências particular.

Durante 20 anos exerci funções nos serviços de urgência do "Serviço Nacional de Saúde Alemão", por último na Central de Serviços de Urgências.

Sou autor de 100 livros científicos técnicos, por exemplo:

- ATLAS DOS FOCOS DE TOXINAS
- QUÍMICOS INTOXICAÇÕES
- INTOXICAÇÕES CRÓNICAS
- DROGAS
- ATLAS COLORIDO DA TOXICOLOGIA CLÍNICA
- INTOXICAÇÕES COM GASES
- INTOXICAÇÕES COM SUBSTÂNCIAS DOMÉSTICAS
- Toxinas da Madeira
- INTOXICAÇÕES COM SUBSTÂNCIAS BÉLICAS
- TOXICOLOGIA CLÍNICA DOS ANTÍDOTOS
- INTOXICAÇÕES COM METAIS

Intoxicações Alimentares

- INTOXICAÇÕES COM PRODUTOS NATURAIS
- TOXICOLOGIA DE URGÊNCIAS
- INTOXICAÇÕES COM PESTICIDAS
- TOXINAS VEGETAIS E ANIMAIS
- TOXINAS AMBIENTAIS
- TOXINAS DA HABITAÇÃO

ENCICLOPÉDIA TOXICOLÓGICA DE DAUNDERER (32 volumes, 400 suplementos, ca de 30 000 páginas)

LISTA DE TOXINAS, 5 volumes, cerca de 6500 páginas ISBN 3-609-73120-6, 101 suplementos TOXICOLOGIA CLÍNICA, 13 volumes, cerca de 12500 páginas, ISBN 3-609-70000-9, 172 suplementos MANUAL DAS TOXINAS AMBIENTAIS, 6 volumes, cerca de 5500 páginas, ISBN 3-609-71120-5, 72 supl. MANUAL DAS DROGAS, 3 volumes, cerca de 3000 páginas, ISBN 3-609-71090-X, 31 suplementos MANUAL DAS INTOXICAÇÕES POR AMÁLGAMA, 3 volumes, cerca de 2500 páginas, ISBN 3-609-71750-5, 15 suplementos

TOXICOLOGIA CLÍNICA NA MEDICINA DENTÁRIA, 1 volume, cerca de 720 páginas, ISBN 3-609-70300-8, 3 suplementos

PLANTAS TÓXICAS, TOXINAS DAS PLANTAS, 4ª edição, 1090 Páginas, ISBN 3-609-64810-4