

TESE 1

(parte 2)

CAPITULO 4

**ATUAIS FUNDAMENTOS CIENTIFICOS DA
BIOELETROGRAFIA.**

4. ATUAIS FUNDAMENTOS CIENTIFICOS DA BIOELETRÓGRAFIA.

4.1. ATUAIS FUNDAMENTOS CIENTIFICOS FISIOLÓGICOS: FISIOPATOLÓGICOS DO DIAGNÓSTICO BIOELETRÓGRAFICO.

4.2. DA INFECÇÃO – LINFONODO CHEGANDO AO DIAGNÓSTICO BIOELETRÓGRAFICO.

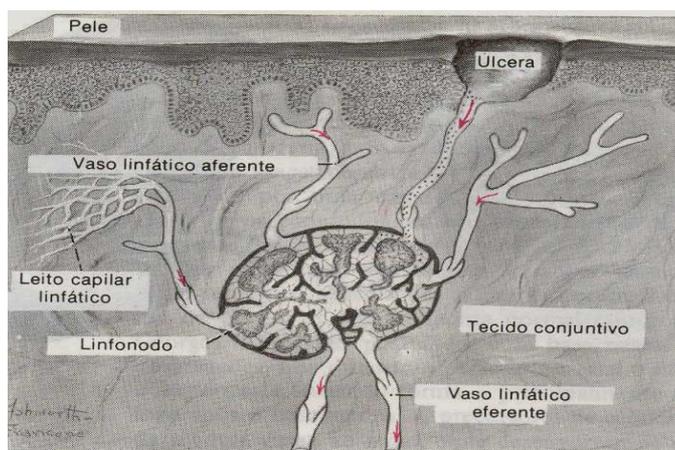


Figura nº 38. As células dendríticas (macrófagos), no interior do linfonodo ingerem, digerem nos fagolisossomos, e defecam por exocitose. As partículas de células da inflamação: neutrófilos, linfócitos, macrófagos; pedaços das células teciduais; e bactérias infecciosas vivas ou mortas. Substâncias que entraram pelo vaso linfático aferente, vindas da úlcera que está a ser drenada.

Saíram do linfonodo pelo vaso linfático eferente, as partículas e alguns antígenos solúveis, substâncias agora inofensivas, para o organismo. Produto do trabalho realizado no linfonodo pelas células dendríticas. Também pelos plasmócitos, que antes eram linfócitos B: realizaram a mitose, multiplicaram-se e diferenciaram-se plasmócitos.

Fonte: do esquema. Anatomia e fisiologia humana (grato).

Todas estas substâncias agora inofensivas (partículas) iram entrar, na circulação sanguínea, nas veias subclaviculares. Podendo circular por todo o corpo, na circulação sanguínea sistêmica, antes de serem excretadas. Estas partículas são as excreta: catabólitos. São substâncias não úteis ao organismo. Seram excretadas para fora do corpo, através da urina, das fezes ou do suor. Sendo o caso do plasma sanguíneo libertar as partículas, através da porosidade dos capilares, para o líquido intercelular das células secretoras das glândulas

sudoríparas, estas células secretoras recebem as partículas do líquido intercelular, secretado-as (excretando-as), para fora do corpo, no suor, as partículas inofensivas para o organismo, que antes foram bactérias origem de infecção na pele, foram células inflamatórias do sistema imunitário, e células do tecido da pele destruídas, pela ação lesiva das bactérias infecciosas.

O suor é um filtrado do plasma sanguíneo, libertado pela porosidade dos capilares, para o líquido intercelular, das células secretoras das glândulas sudoríparas. Estas células secretoras das glândulas sudoríparas realizam trabalho, recebendo do líquido intercelular as partículas libertadas pelo plasma sanguíneo, formando o suor que agora é portador das partículas, produzidas no linfonodo pelos macrófagos dendríticos que as fagocitam e defecam.

Ao mesmo tempo as células secretoras das glândulas sudoríparas, auxiliadas pelas células mioepiteliais, trabalham para que o suor seja libertado do corpo, através dos ductos excretores das glândulas sudoríparas. O suor contém as partículas produto do trabalho realizado, pelas células dendríticas e pelos plasmócitos no linfonodo. Os plasmócitos secretam anticorpos, que se ligam aos epítomos dos antigénios da superfície da membrana das bactérias vivas, neutralizando a ação lesiva das bactérias vivas infecciosas, drenadas da ulcera para o linfonodo. Os restos destas bactérias seram ingeridas digeridas e defecadas pelos macrófagos dendríticos presentes no linfonodo, as bactérias são trituradas como partículas, as quais saíram pelo vaso eferente do linfonodo para a circulação venosa entrando na veia subclavicular. O suor transportador das partículas, secretado pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, formará à superfície da pele a bioatmosfera – gasosa. A bioatmosfera – gasosa colocada sobre o elétrodo da bioeletrográfica, absorvendo a descarga eletromagnética fica excitada – ionizada. A bioatmosfera – gasosa excitada – ionizada é um estado físico bioplasma. É a bioeletrografia. Cujá ferramenta de trabalho, que é a bioeletrografia, dá-nos a possibilidade de observarmos nela, as partículas libertadas do linfonodo, agora, estão no estado físico bioplasma, revelando-nos as figuras das partículas (pequenas partes) vindas da infecção/inflamação.

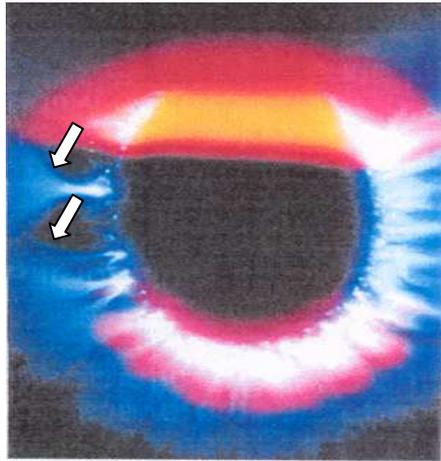


Figura nº 39. Observamos na bioeletrografia as figuras de infecção (duas setas). Habitualmente em forma de árvore. Esta bioeletrografia não revela a infecção da pele. Está aqui a mostrar-nos as figuras de infecção, fosse a da pele, ou outra infecção.

4.3. DA INFECÇÃO – INFLAMAÇÃO AO DIAGNÓSTICO BOELETROGRÁFICO.

Quando os tecidos de nosso corpo são invadidos por microrganismos patogénicos, ocorre o início de uma infecção no organismo. As plaquetas células sanguíneas detetam a infecção. Aglutinadas junto à lesão, libertam uma substância química, ou seja, os fatores de crescimento provenientes das plaquetas (FGDP), estimulam a visita das células de defesa do corpo (sistema imunitário). Normalmente os primeiros a chegarem são os fagócitos, células neutrófilos, de seguida os linfócitos B: por mitose multiplicam-se e diferenciam-se em plasmócitos produtores e secretores de anticorpos, cujos anticorpos vão ligar-se aos epítomos dos antigénios, na superfície da membrana do corpo das bactérias infecciosas, com os fragmentos do complemento, originando a lise (decomposição do corpo das bactérias). Os tecidos infectados libertam as substâncias químicas: histaminas, quininas, prostaglandinas, leucotrienos. As quais originam o efeito de dilatar o interior das artérias e aumentar o volume de sangue na zona infectada. Aumenta a permeabilidade dos capilares. Facilitando assim o transito das células de defesa do corpo, para atuarem sobre o tecido lesado. Os plasmócitos que secretam os anticorpos os quais ligam-se aos epítomos dos antigénios, de superfície das bactérias infecciosas, seguindo o sistema de chave fechadura, desactivam as bactérias infecciosas. Os macrófagos e os neutrófilos fagocitam (comem) os microrganismos infecciosos, pedaços de células do tecido lesado, e células da inflamação (imunitárias) que morreram em combate.

Quando há perigo de lesão do tecido corporal por toxinas, bactérias, vírus. O nosso organismo (sistema imunitário) ativa uma inflamação. A relação

interactiva de muitos executores, por exemplo as interleucinas, permite a ativação das funções imunológicas da unidade funcional imunitária: resposta humoral, resposta celular. No lugar da infecção aumenta o volume de sangue, transportando os neutrófilos, plasmócitos, fagócitos (macrófagos) e linfócitos, produzindo-se uma espécie de combustão. Na função de drenagem. Os linfonodos satélites recebem dos vasos aferentes, a linfa aferente, composta por células do tecido corporal mortas, bactérias mortas e vivas, toxinas destas e células imunitárias inactivas, onde no, ou nos, linfonodos satélites, serão todas trituradas como partículas, pela função digestiva dos macrófagos, depois defecadas por exocitose. Ao Mesmo tempo no lugar da infecção poderam ser destruídas as bactérias, pela ação do complexo anticorpo – antigénio, ligados ao componente complementar c3d, ou isolados, opsonizam as bactérias, ligando-se aos receptores específicos na superfície da membrana dos fagócitos neutrófilos ou macrófagos, facilitando a fagocitose: ingestão, digestão das bactérias pelos fagócitos neutrófilos, ou macrófagos. Cujos detritos serem defecados por exocitose. Foram desta maneira desativadas as toxinas e bactérias que conseguiram entrar no corpo do hospedeiro, originando a infecção.

As células de defesa depois de destruírem as bactérias infecciosas, e limparem os detritos, secretam as substâncias quemoquinas, prostaglandinas, histaminas, as quais nutrem as células saudáveis em formação, reconstruindo os tecidos sarando a lesão.

Portanto, as infecções não são uma doença, são sim, um processo ativo de autocura, executado pelo nosso sistema imunitário, só quando é saudável.

Só devemos aceitar a infecção como sendo uma doença, quando os vírus, bactérias, toxinas. Vencem a capacidade de trabalho da unidade funcional do nosso sistema imunitário. Isto é, quando o sistema imunitário está fraco, por outras palavras: existe a doença da pessoa, na unidade de seu sistema funcional imunitário, vencido pela infecção.

Nos vários tecidos do corpo, macrófagos (fagócitos), esperam ser ativados por certos estímulos químicos (interleucinas), como por exemplo, pelos interferões (leucoproteínas do sistema imunitário). Devido às características de sua superfície os macrófagos (fagócitos) estão aptos a descobrir que os antigénios são moléculas patológicas. Os macrófagos (fagócitos) rastejam para o patogénio e engolem-no. No interior do macrófago, nos seus fagolisossomos, as bactérias e os outros patogénios são digeridos por diversas enzimas como a lisozima.

Os macrófagos células dendríticas (fagócitos) no interior do, ou dos linfonodos satélites que drenam os detritos da infecção, ingerem, digerem e defecam por exocitose as partículas dos patogénios. (Os macrófagos quando estão nos tecidos, até podem defecar os restos não digeridos). Do interior do linfónodo satélite da infecção, são expulsadas as partículas e antigénios solúveis através dos vasos eferentes, para a circulação linfática e desta para a circulação sanguínea, entrando nas veias subclaviculares, circulando em toda a circulação sanguínea sistémica. Veiculadas para as vias urinárias: filtradas nos glomérulos renais. Ou para as fezes. Sendo o caso das partículas libertadas dos linfonodos, serem libertadas do plasma sanguíneo, pela porosidade dos capilares, no líquido intercelular, das células secretoras das glândulas sudoríparas, estas

células secretoras recebem do líquido intercelular, as partículas, as quais no suor (um filtrado do plasma), serão excretadas para fora do corpo, pelas células excretoras das glândulas sudoríparas, ao longo dos poros, formando a bioatmosfera – gasosa na superfície da pele.

Foram esvaziados assim, os gânglios linfáticos, das substâncias patogénicas drenadas da lesão infecção. E, de partículas dos microrganismos patogénicos, digeridos e defecados pelos macrófagos células dendríticas (fagócitos), trabalho realizado no interior do linfonodo (nestas situações patológicas).

Durante o tempo da infecção/inflamação, os glóbulos brancos inativos, células teciduais mortas e bactérias infecciosas, formam um líquido tipo cremoso, é o pus, que é decomposto por solventes e proteínas (enzimas) especializadas. Estes grandes ou pequenos depósitos de pus, habitualmente, são expulsos para o exterior do corpo. O pus expulso do organismo, quando é libertado pela porosidade dos capilares, no líquido intercelular, é recebido pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, sendo por estas expulso no suor, para fora do organismo. Formando a bioatmosfera – gasosa. A bioatmosfera – gasosa colocada sobre o eléctrodo da bioeletrográfica, absorvendo a descarga eletromagnética fica excitada – ionizada. A bioatmosfera – gasosa excitada – ionizada é um estado físico bioplasma. É a bioeletrografia. Cujas ferramentas de trabalho, que é a bioeletrografia, dá-nos a possibilidade de observarmos nela, as partículas: pus libertado do linfonodo, agora, no estado físico bioplasma, revelando-nos as figuras das partículas (pequenas partes) vindas da infecção/inflamação.

Com o tempo, a lesão originada pela infecção, vai ficando curada, os pequenos vasos sanguíneos penetram na área lesada. Criam-se pequenas verrugas carnudas dentro da zona ferida. Onde quer que esteja a lesão no nosso corpo, saturando-se progressivamente de tecido conjuntivo, até o processo de cura acabar, formando uma cicatriz, a qual fecha a área da ferida, curada.

Os fatores de coagulação: fibrinas, plaquetas, vitamina k e cálcio, formam moléculas grandes que produzem coágulos, os quais executam o concerto das paredes dos vasos sanguíneos, afectados pela dinâmica da infecção, curando-os.

O nosso "médico interno" (o timo), ordena o fim do estado de emergência, o doente entra progressivamente, no seu estado de saúde e a infecção foi vencida.

Mas, os vigilantes leucócitos continuarão em estado de alerta e prontidão. Por fim, a pessoa está saudável. Pois o vencedor foi a saúde de sua unidade funcional: psíquica – neuro – endócrina – imunitária. O efeito seria outro, caso esta unidade funcional continuasse doente, incapaz de realizar trabalho conducente a vencer a infecção. É importante não entrar no estado de stress: não ativar a secreção das hormonas noradrenalina e glicocorticoides. Pois estas desorganizam e inibem o eficaz trabalho de nosso sistema imunitário. Afetando os centros neuropsíquicos de comando. Caso seja prolongado por muitos anos. Curada a infecção não há mais inflamação, nem secreções realizadas, também, pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, de partículas vindas da infecção/inflamação. Terminou o diagnóstico bioelectrográfico com figuras de partículas, vindas da infecção/inflamação, no estado físico de plasma observadas na bioelectrografia. Observamos pela bioelectrografia que a infecção terminou. Ver a bioeletrografia (fig. 41).

4.4. FUNÇÃO IMUNITÁRIA SAUDEL: NÃO HÁ IMUNODEFICIÊNCIA

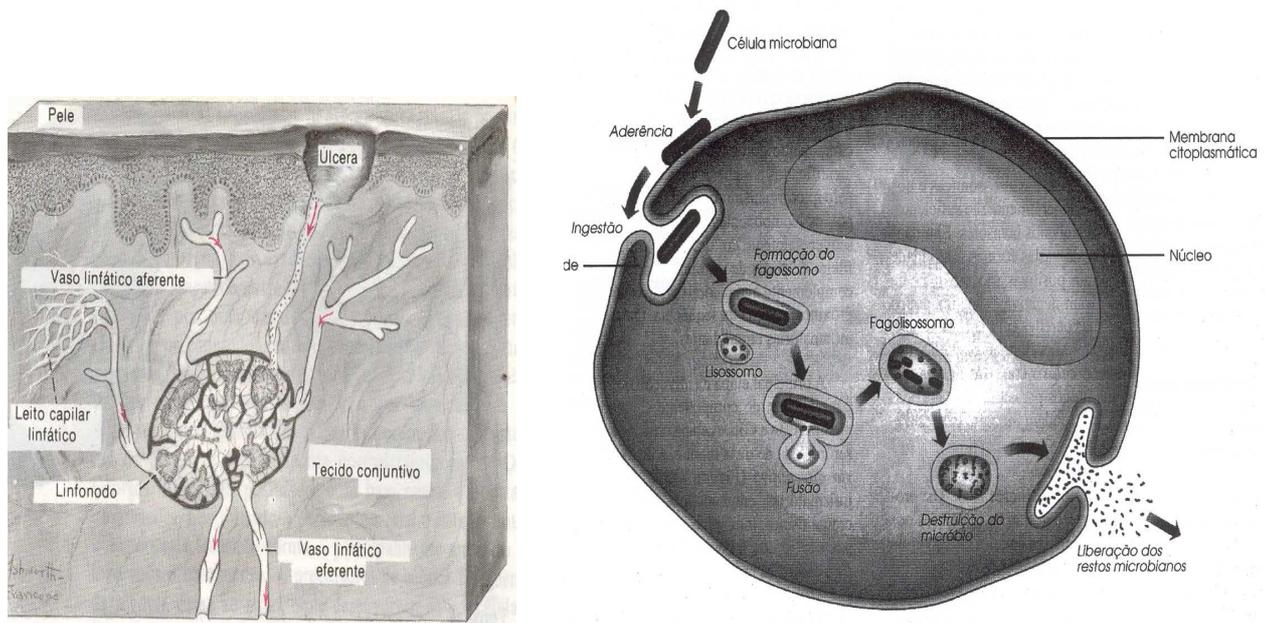


Figura nº 40. Drenagem da infecção na pele feita no linfonodo, pelas células dendríticas macrófagos, representados no desenho da direita.

Fonte: Esquema do macrófago. Michael J. Pelczar Jr. E.C.S. Chan. Noel R. Krieg. Microbiologia e Conceitos Aplicados. (Grato).

Linfonodo satélite drenando através da linfa a infecção. Vaso aferente. A fagocitose exercida pelos macrófagos digere e defeca na linfa cerca de 99% dos microrganismos patogénicos, (bactérias e antígenos). Células da inflamação (imunitárias) mortas, e pedaços de células teciduais destruídas, pelas bactérias infecciosas. **Assim acontece com os antígenos específicos do câncer.**

Há 1-3% da população de plasmócitos nos linfónodos não estimulados pela infecção. Mas esta porcentagem aumenta muito nos linfónodos estimulados pelo processo da infecção. Também, por isso, os linfonodos incham.

Macrófago dendrítico (fagócito) digerindo as bactérias vivas, ou mortas e defecando os restos microbianos: exerce esta função quando está nos tecidos corporais e no interior dos linfónodos (ver à esquerda). Os microrganismos patogénicos digeridos nos fagolisossomos no interior do macrófago são defecados como partículas. **Assim acontece com os antígenos específicos do câncer.** As quais são expulsas de nossos corpos pelas vias urinárias, fezes e glândulas sudoríparas – suor. Os macrófagos (fagócitos) estão presentes de forma ativa em muitos órgãos e tecidos de nosso corpo. Por exemplo: nos pulmões como macrófagos alveolares.

BIOELETROGRAFIA PADRÃO SAUDEL



Figura nº 41. Observamos a bioeletrografia de uma pessoa que goza de plena saúde. Nela, não se revela a infecção/inflamação ou fratura de câncer.

4.5. APRESENTAÇÃO DUMA AMOSTRA DE INFECÇÃO SIFILIS: OBSERVADA NO DIAGNÓSTICO BIOELETROGRAFICO.

Fiz 1960 diagnósticos bioelectrograficos, ao longo de 24 anos de trabalho clínico como osteopata. Utilizando a bioeletrográfica. Deste número 1960, tenho diagnósticos bioeletrograficos de 121 pacientes, portadores de câncer no tecido, confirmado pelos diagnósticos histopatológicos. Ver amostras nesta tese. (Ver fig. 43 e 44).

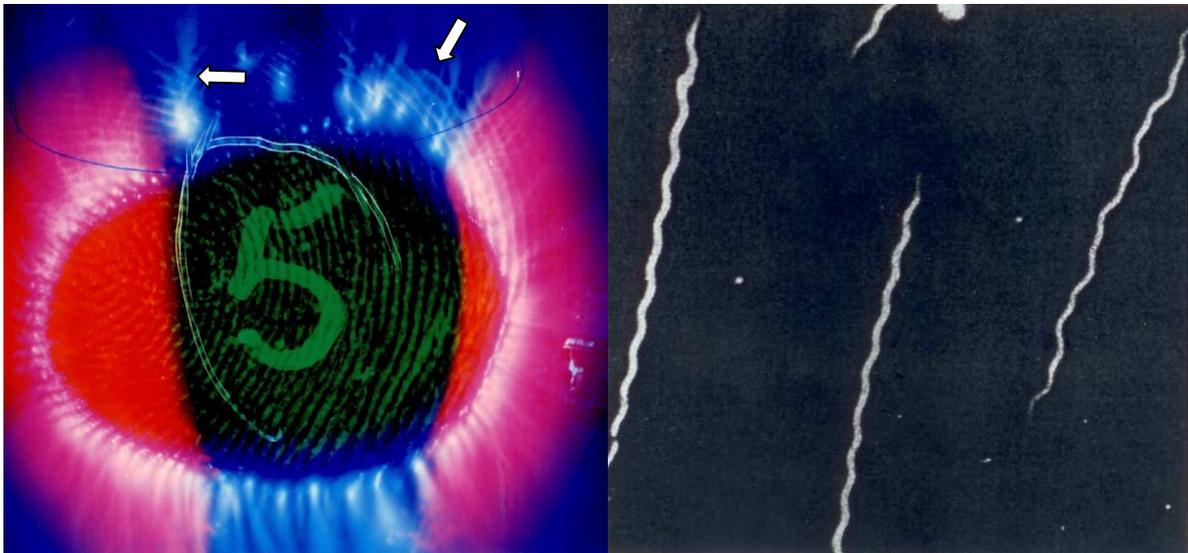


Figura nº42. Observo a bioeletrografia (esquerda) feita a um homem infectado por bactérias *treponema pallidum* há sete dias. No início da doença infecciosa sífilis. Observo as bactérias brancas (três), em campo escuro de microscópio, (à direita).

Observamos as figuras geométricas da infecção/inflamação. Em forma de teia de aranha, e de árvore, (duas setas). Observadas na bioeletrografia. Um doente do sexo masculino com 28 anos de idade ficou infectado pela bactéria *treponema pallidum*, sete dias antes de me visitar. Resultado de relação sexual. O paciente apresentou o teste MHA: é um teste de hemaglutinação passiva, em cujo teste uma pequena quantidade de soro do paciente, é misturado com uma

suspensão de glóbulos vermelhos, antes revestidos com antígenos de *Treponema Pallidum*, caso o soro contenha anticorpos contra o *Treponema Pallidum*, estes causaram a aglutinação dos glóbulos vermelhos. Não apresentava no tempo do diagnóstico de bioeletrografia nenhum sinal exterior nos órgãos genitais, ou na pele, típico de sífilis. A sífilis estava no começo da fase 1. Mas, era portador de anticorpos no sangue de reação aos antígenos da bactéria *Treponema Pallidum*. A partir do décimo dia certamente o cancro mole apareceria no pênis, como habitualmente. Estava a fazer a terapêutica habitual à base de penicilina.

4.6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO FISIOLÓGICO: FISIOPATOLÓGICO QUE DÁ FUNDAMENTO AO DIAGNÓSTICO BIOELETRÓGRÁFICO. APLICADO EM INFECÇÕES.

Como é sabido, as bactérias *treponema pallidum* à semelhança de outras bactérias, ou células cancerosas, produzem moléculas no seu interior, as quais são exibidas à superfície de suas membranas. As moléculas produzidas no interior de bactérias ou células cancerosas são antígenos, ligados à molécula (proteína): HLA-1 (antígeno leucocitário humano - 1) são incorporados na superfície das membranas das bactérias infecciosas ou na superfície das membranas das células cancerosas e exibidas na superfície de suas membranas. Os vírus parasitas no interior das células codificam proteínas que são trazidas para a superfície da membrana da célula, pela molécula: HLA – 1 (antígeno leucocitário humano - 1). Estas moléculas de superfície de membrana ligadas ao HLA – 1, são antígenos. Os antígenos são identificados pelas células do sistema imunitário, como corpos estranhos e por isso invasores e agressores do corpo do doente. Os antígenos dependentes de sua imunogenicidade ativam mais ou menos, a resposta das células de defesa do corpo, a destruí-las, antes que elas destruam o corpo. O doente que fez o diagnóstico bioeletrográfico, há sete dias que tem todo o corpo cheio de bactérias *treponema pallidum*, transportadas pela circulação sanguínea e pela circulação linfática. As bactérias estão vivas e ativas a fazerem os seus estragos iniciais, no corpo do doente. Mas o doente tem o seu sistema imunitário a trabalhar no sentido de eliminar a ação lesiva das bactérias *treponema pallidum*. Os linfócitos B ativados pelos linfócitos T auxiliares, cujos linfócitos T

auxiliares foram activados por macrófagos apresentadores de antígenos processados (semi digeridos), os linfócitos B aumentam o número de suas mitoses, multiplicam-se e diferenciam-se em células plasmócitos, e células de memória, os plasmócitos produzem e secretam os anticorpos (imunoglobulinas) específicos, os quais se ligam aos antígenos das bactérias *treponema pallidum*, mais especificamente, ligam-se aos epítomos do antígeno. Neutralizando a acção lesiva destas bactérias sobre o corpo (células do corpo) do doente. São os epítomos que dão especificidade ao antígeno, são os antígenos que estimulam os anticorpos específicos a ligarem-se aos epítomos, assim, os anticorpos anulam a atividade infecciosa dos antígenos. (Das bactérias).

O sistema complemento é ativado libertando quimotaxinas (c5a), que ativam os fagócitos neutrófilos. Os anticorpos: o complexo anticorpo – antígeno, e o componente complemento alternativo c3b, juntos ou isolados, executam o processo de opsonização da bactéria. Quando se ligam aos epítomos dos antígenos das bactérias, os complexos anticorpo – antígeno isolados, ligados aos epítomos dos anticorpos das bactérias, com o complemento alternativo isolado ou juntos, ligam-se aos receptores específicos do neutrófilo fagócito ligados às bactérias, na superfície do fagócito neutrófilo, facilitando a fagocitose das bactérias *treponema pallidum*, executada pelos macrófagos e neutrófilos. É uma acção interactiva, facilitando a fagocitose das bactérias *treponema pallidum*, que seram ingeridas, digeridas e defecadas pelos macrófagos e pelos neutrófilos fagócitos. Nesta interacção de defesa pela saúde do corpo, muitas vezes os macrófagos apresentadores de antígenos, apresentam os antígenos incompletos sem epítomos, só com a molécula carreadora que determina a

imunogenicidade, ligados à molécula: antígeno leucocitário humano (HLA - II), em muito boas condições aos linfócitos T auxiliares, estes ativam os linfócitos B que por mitose se multiplicam diferenciam – se em plasmócitos, estes secretam anticorpos (imunoglobulinas) que vão ligar – se com os componentes do complemento aos epítomos dos anticorpos das bactérias treponema Pallidum destruindo – as. Os linfócitos T citotóxicos, activados pelos linfócitos T auxiliares, ou pelos macrófagos apresentadores de antígenos semi digeridos (processados), destroem as células treponema pallidum, através de suas perfurinas citotóxicas. Os linfócitos T citotóxicos do ramo imunitário celular, como vimos, atacam e destroem as células treponema pallidum, ou outras, de outra infecção qualquer, de forma diferente dos linfócitos B. Os linfócitos B do ramo imunitário humoral, depois de ativados, por mitose multiplicam – se diferenciados em plasmócitos, estes secretam anticorpos que se ligam aos epítomos dos antígenos das bactérias, anulando as suas ações infecciosas, que seriam destruidoras das células e tecidos do corpo. Os anticorpos específicos ligam - se aos epítomos específicos, cujos epítomos dão especificidade ao antígeno, assim os anticorpos anulam a ação infecciosa da bactéria treponema pallidum, atacando-as. Os linfócitos T citotóxicos são estimulados pelas macromoléculas do antígeno, que são a imunogenicidade e carreadoras dos epítomos, processadas e apresentadas pelos macrófagos apresentadores de antígenos. O antígeno completo é constituído pelo epítomo e pelo carreador. O terreno deste combate no corpo do doente infectado pelas bactérias treponema pallidum, origem da sífilis, ocorre no sangue, na linfa, nos tecidos de todo o corpo. Incluindo os linfónodos (Ver fig. 38, 40 e 42).

No interior dos linfonodos os macrófagos células dendríticas digerem, e defecam 99% de excreta (catabólitos), vindos da infecção/inflamação. No interior dos linfonodos os macrófagos células dendríticas digerem, e defecam 99% de excreta (catabólitos), que são drenadas dos líquidos intercelulares (intersticiais), ou drenados directamente da infecção/inflamação para os linfonodos satélites. Os catabólitos (excreta) drenados nos líquidos intercelulares (intersticiais), transportados pela linfa nos vasos linfáticos de todo o corpo, entram nos linfonodos pelos vasos aferente, transitando lentamente no interior do linfonodo, os catabólitos são destruídos: digeridos e defecados, pelos macrófagos dendríticos. Também pela ação de anticorpos secretados pelos plasmócitos, os anticorpos ligam – se aos epítomos dos antigénios das bactérias com os componentes do complemento destruindo – as. O número de plasmócitos aumenta muito no interior do linfonodo, também por isso, o linfonodo incha.

As bactérias que entraram no linfonodo inteiras ou em pedaços, pelo vaso aferente, iram sair do linfonodo pelo vaso eferente, como partículas, por efeito de digestão e defecação do macrófago, no interior do linfonodo, no interior de milhares de linfónodos distribuídos por todo o corpo. Os linfonodos são órgãos do sistema linfático e imunitário muito importantes, em funções imunitárias de defesa do organismo. O doente pode estar “descansado”, pois milhares de bactérias treponema pallidum foram destruídos, também, no interior dos linfonodos.

Os macrófagos digeriram e defecaram por exocitose partículas de bactérias noutros tecidos e órgãos do corpo do doente, como exemplo: nos tecidos

conjuntivos; nos pulmões, os macrófagos alveolares; no fígado, os macrófagos células de Kupffer; no baço inclusive. Em todo o corpo. Os macrófagos atuam como varredores de tudo o que seja inútil ao organismo (lixo), criado pela infecção. Ingerindo, digerindo e defecando por exocitose.

O corpo está a libertar-se das partículas (pequenas partes) restos de bactérias, detritos (catabólitos) presentes no seu interior. Que não lhe são úteis para a saúde. Estas partículas drenadas através da porosidade dos capilares, lado vénulas, vindas dos líquidos intercelulares (intersticiais), conduzidas para o coração e pulmões pela circulação venosa e artéria pulmonar. Ou estas partículas drenadas ao mesmo tempo, pelos capilares dos vasos linfáticos, vindas dos líquidos intercelulares, conduzidas pela linfa, passando pelos linfonodos, entrando na circulação venosa na veia subclavicular. Os restos das bactérias infecciosas *treponema pallidum*, partículas delas derivadas (catabólitos). Seram através desta função circulatória conduzidos ao sitio onde seram expulsas para fora do corpo.

As partículas (catabólitos) seram expulsadas do corpo pelas vias urinárias, pelas fezes, ou pelo suor.

Caso as partículas das bactérias infecciosas, sejam libertadas do plasma sanguíneo, através da porosidade dos capilares lado arteríolas, que embrulham as glândulas sudoríparas, as partículas são conduzidas, para os líquidos intercelulares das células secretoras das glândulas sudoríparas. Seram (secretadas) expulsas do corpo pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, conduzidas pelo filtrado do plasma sanguíneo, que é o suor, ao longo dos ductos secretores das glândulas sudoríparas, formando a

bioatmosfera – gasosa na superfície da pele dos dedos. A bioatmosfera – gasosa colocada sobre o elétrodo da bioeletrográfica absorve, a descarga eletromagnética ficando excitada – ionizada, e por este efeito de física fica no estado plasma. É a bioelectrografia. Temos nesta ferramenta a oportunidade de observar, as figuras geométricas com a forma de teia de aranha, e de árvore, expulsas do corpo, pela via de células secretoras das glândulas sudoríparas, no suor. (Ver fig. 42).

4.7. APRESENTAÇÃO DE DUAS AMOSTRAS DE CÂNCER: OBSEVADAS NO DIAGNÓSTICO BIOELETRÓGRÁFICO.

A paciente, no dia 28 de Novembro de 2009, apresentou-se para acto de consulta Osteopática. Relatou-me que a sua avó, falecera com câncer no estômago, e que a sua mãe actualmente, também sofre desta doença, no estômago. Perante este fator histórico familiar, aceitou fazer o exame bioelectrográfico.

Material: Biopsia.

«Exame requisitado exames histológicos de mucosa gástrica com pesquisa de helicobacter pylori.

Descrição Macroscópica:

Produto de biopsia constituído por 2 fragmentos.

Descrição Microscópica:

Observam-se fragmentos de mucosa gástrica com congestão vascular e infiltrado inflamatório constituído por linfócitos, plasmócitos e neutrófilos com sinais de actividade moderada.

Presença de atrofia glandular. Ausência de displasia.

Presença de metaplasia intestinal. Ausência de displasia.

A pesquisa de microorganismos de tipo Helicobacter pylori foi positiva.

Não há sinais de malignidade».

Diagnóstico:

«Gastrite crónica activa, na presença de Helicobacter pylori».

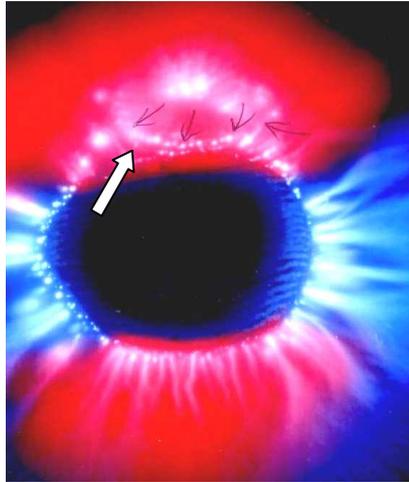


Figura nº 43. Observo na bioeletrografia a fratura de câncer (seta). Fratura de câncer de transdiferenciação pró – displasia. Confirmada a coexistência de metaplasia (pró – displasia), na bioeletrografia, pelo exame histopatológico, feito ao tecido do estômago.

Transdiferenciação pró – displasia: (células com lesões genéticas favoráveis ao eventual desenvolvimento de câncer). À luz das fraturas de câncer, temos: o diagnóstico precoce de pré – câncer. No estômago. Câncer no estômago: é um dos câncros que têm origem na infecção/inflamação.

O OSTEOPATA PRESCREVEU.

Terapêutica não convencional:

Fortalecedores do sistema imunitário. Nomeadamente: equinácia e selênio. Também a terapêutica homeopática: argentum nitricum, magnesium fosphoricum e nux vômica. Vitaminas: C, E, A.

A doença primeira desta mulher é: a sua imunodeficiência.

O MEDICO PRESCREVEU:

A antibioticoterapia para matar a helicobacter pilory.

Com sucessiva diminuição, a paciente deixou de ter a habitual dor no estômago, um mês depois, do dia 28 de Novembro de 2009.

O paciente visitou-me para consulta de Osteopatia, apresentando voluntariamente, os exames de portador de câncer. Tendo decidido fazer o exame bioelectrográfico.

«Produto:

A – Biópsia Prostática (Lobo Direito).

B – Biópsia Prostática (Lobo Direito)

C – Biópsia Prostática (Lobo Direito)

D – Biópsia Prostática (Lobo Esquerdo)

E – Biópsia Prostática (Lobo Esquerdo)

F – Biópsia Prostática (Lobo Esquerdo)

Microscopia:

«A – B – F – Tecido prostático com adenocarcinoma moderadamente diferenciado (OMS), Score 7 (3+4) de Gleason. O tumor ocupa cerca de 30% da área dos fragmentos. Não se documenta invasão peri – neural.

C – D – Tecido prostático sem neoplasia maligna.

E – Tecido prostático com lesões de prostatite crónica. Sem tecido de neoplasia maligna.

Diagnóstico:

Adenocarcinoma da prostata Score 7 (3+4) de Gleason».

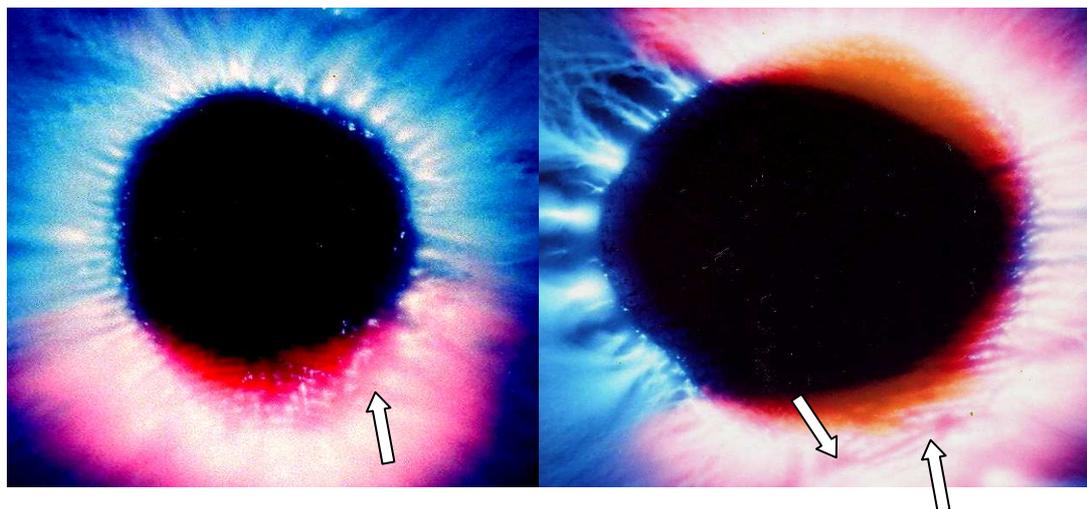


Figura nº 44. Observo na bioeletrografia da esquerda a fratura de câncer (seta).

1-Observo na bioeletrografia da direita a fratura de câncer (setas).

Confirmada a coexistência de câncer, nas bioeletrografias, pelo exame histopatológico, realizado ao microscópio, com resultado positivo de câncer na próstata. Igualmente pela análise do PSA.

SUMARIO

Foi detetado o câncer na próstata, no ano de 2000, os PSA (antígeno específico da próstata), estiveram aumentados desde 2000, até 2005. O doente no ano de 2011 tem 72 anos de idade.

De 2000 a 2005 os achados do nível de PSA eram de 7,5/8 ng/ml. Indício de antigenicidade do câncer elevada. Bioeletrografia da esquerda: revela fractura de câncer. Foi feita em 2005.

A partir de 2005, os achados do nível de PSA desceram para 3.05 ng/ml. Valore constante, até ao dia 16 de Setembro de 2011. Nesta data foi feita a bioeletrografia da direita: revela fractura de câncer. A descida do volume de antígenos específicos da próstata, de 2005 a 2011, significa que a antigenicidade (actividade maligna) do câncer diminuiu. Mas, a fratura da bioeletrografia faz-se presente.

Observo no diagnóstico bioeletrográfico que as fraturas oncológicas, inclusive, quando o número de antígenos específicos da próstata, em circulação no sangue, desceu de 7,5/8 ng/ml, para 3,05 ng/ml. Não deixam de existir.

Então, a fratura de câncer perene, é igual aos quatro estádios do câncer seguintes:

1-estádio pró – câncer: metaplasia = pró – displasia. (Ver amostra fig.43).

2-Câncer *in situ*. (Câncer num epitélio: neste tecido).

3-cancer invasivo. (Câncer que se desloca do epitélio, para o tecido conjuntivo vizinho).

4-diminuição antigénica do câncer. (De 2005 a Setembro de 2011. Descida de:7,5/8 ng/ml, para 3,05 ng/ml). Dos antígenos específicos da próstata: ou antígenos específicos do câncer, na próstata, em circulação no sangue.

As informações dos estádios de gravidade patológica do câncer são reveladas, pelo número de antígenos específicos de determinado câncer em circulação no sangue. As fraturas de câncer perenes, na bioeletrografia, informam a existência do câncer nos quatro estádios acima referidos. Contudo: as fraturas não informam em qual um estádio o câncer está. Referente a um dos quatro estádios.

Mas, o diagnóstico bioeletrográfico informa a existência de fratura de câncer, comparado com os diagnósticos histopatológicos, feitos em anatomia patológica, de 121 de meus pacientes com fratura de câncer em bioeletrografia. Ao longo de 24 anos de clínica Osteopática.

Os antígenos são macromoléculas com peso molecular de > 10.000 daltons. Circulam no sangue mas não são libertados, para os líquidos intercelulares das

glândulas sudoríparas. Nos líquidos intercelulares das células secretoras das glândulas sudoríparas, são presentes partículas de baixo peso molecular. As partículas derivadas (descendentes) dos antígenos específicos do câncer são partículas de baixo peso molecular. Feitas partículas pelas células macrófagos (fagócitos). Em função imunitária. Presentes na bioatmosfera – gasosa, detetadas na bioeletrografia.

Terapêutica não convencional:

Os antígenos específicos do câncer desceram dos valores constantes de 7,5/8 ng/ml. Para 3,05 ng/ml. O que é que aconteceu?

O paciente voluntariamente retirou as carnes da alimentação, nunca fumou, passou a alimentar-se com hortícolas, frutas e cereais integrais. Adicionou a terapêutica seguinte: tomava caldo de tomate, cebola e batata.

Depois de ter feito o Diagnóstico Oncológico Bioeletrográfico. O Osteopata prescreveu ao seu doente, a terapêutica não convencional, seguinte:

O Essiac – helps support immune systeme (suporte auxiliar do sistema imunitário). Juntei o seguinte: CELL DROP`S: Food for your cells (comida para suas células). O2 Dietary Supplement 30ml 1oz. The Science of Oxygen, Hydrogen, Amino Acids, Enzymes & Colloidal Minerals in a Liquid Supplemental Form. MAKES OVER 34 QUARTS.

Foi um dos atos do saber da Medicina Osteopática, de Portugal. Aplicada, no sentido de melhorar o bem – estar do doente. Ao abrigo da lei 45/2003: aplicam processo específico de diagnóstico/ e, terapêutica própria. O ato osteopata é independente, artigo 5º desta lei. De vez em quando o paciente visita-me.¹³

¹³ António Marquês: autor.

4.8. DESCRIÇÃO DO PROCESSO FISIOLÓGICO: FISIOPATOLÓGICO QUE DÁ FUNDAMENTO AO DIAGNÓSTICO BIOELETROGRÁFICO.

APLICADO EM CÂNCER.

A Fratura oncológica de onde vem? Vem dos antigénios específicos das células cancerosas.

No capítulo 1 expus a utilização da bioelectrográfica, através do método experimental, e nele suportado, associado a outras investigações, observei que a bioatmosfera – ionizada que é a bioelectrografia, é uma extensão terminal da unidade hidroelectrolítica de nosso corpo. Nas divisões: intracelular – líquido intercelular – plasma sanguíneo. Para ser mais completo escrevo assim: líquido intracelular – líquido intercelular – plasma sanguíneo – bioatmosfera – gasosa. Assim, foi-me dada a matéria biológica de estudo, que é a bioatmosfera – gasosa, quando é excitada – ionizada, forma a bioelectrografia: ferramenta de observação.

Um tumor maligno sólido e profundo, mais ou menos redondo, multiplica-se, cresce, fenómeno que prova a sua habilidade, para vencer o sistema imunitário. Quando atinge 1cm de diâmetro igual a cerca de 30 multiplicações, aproximadamente um bilião de células cancerosas, é detetado pelos diagnósticos convencionais. Nesta fase de crescimento o êxito terapêutico pode ser impossível. Biliões de células se multiplicaram, para que o tumor atingisse este volume. Haverá com elevado grau de verdade, as metástases, células originárias do tumor primário, deslocadas na corrente sanguínea, ou linfática, a gerar o câncer secundário noutra lugar do corpo.

Mas, nem todas as células do câncer se multiplicam, algumas morrem, por deficiência circulatória e por efeito, falta de oxigênio e nutrientes, originando atraso no crescimento do câncer. No ciclo celular, o ponto de restrição (R) pode impedir, que as células transformadas entrem na fase (S), continuando o ciclo celular normal. Muitas células permanecem na fase do ciclo, zero (0), por um tempo longo ou perpétuo, não se multiplicando, não produzindo células nem tecido novo, mesmo que fosse tecido canceroso.

Voltemos ao diagnóstico. Temos a exceção do câncer, no colo do útero, órgão mais feliz, por ser possível através do canal vaginal, colher da superfície do tecido do epitélio uterino, células escamosas as quais colocadas numa lamela de vidro, sujeitas ao exame histopatológico ao microscópio (anatomia patológica), permite detectar este câncer com 1mm de diâmetro, cerca de 20 multiplicações. Através deste método de diagnóstico, recebe-se a informação de alteração da forma e tamanho dos núcleos das células, de transformação da estrutura do material genético ADN, no núcleo da célula, podendo diagnosticar uma lesão maligna, em fase de displasia (pré – câncer: neoplasia intermédia). Temos detectado um tumor, ainda invisível aos outros métodos de diagnóstico convencionais. Dando a oportunidade de decisão à cirurgia, que só por si, cura 90% destes tumores malignos.

Os pacientes que me visitaram nos consultórios, para consulta Osteopática, portadores de câncer, além dos sintomas e incapacidade específicas, na unidade funcional: neuromuscular – esquelética (biomotora). Encontrada na consulta Osteopática. Apresentavam a síndrome habitual, das pessoas portadoras de câncer: emagrecimento, fraqueza muscular, vertigens, dores,

hemoptise: tosse com expectoração sanguinolenta, avermelhada, (na qual é possível encontrar células cancerosas), e deprimidos. Os conjuntos de sintomas dos doentes cancerosos, não têm origem somente, na pressão que o volume do tumor exerce, sobre os órgãos por ele invadidos. A fraqueza muscular destes doentes cancerosos, tem origem no fato de que as células cancerosas têm um metabolismo muito acelerado, multiplicam-se em grande velocidade, necessitam de mais energia, não há glucose que chegue: consomem o tecido gordo buscando energia, o doente emagrece, num estado avançado o câncer vai buscar aminoácidos aos músculos, causando a fraqueza física do doente.

Os sintomas destes doentes têm origem, também, nas substâncias tóxicas, libertadas, pelas células cancerosas, na circulação sanguínea e linfática. São antígenos específicos do câncer, a circularem pelo sangue e linfa, a célula cancerosa é um antígeno, pois produz antígenos no seu interior.

As células cancerosas multiplicam-se em acelerada velocidade, necessitando de sintetizar grandes quantidades de proteína, para o crescimento das células pós mitose, é por isso que, quando observadas em histopatologia ao microscópio, se encontra grande concentração de ARN, no citoplasma da célula cancerosa.

Também, as células cancerosas à semelhança de todas as células anormais (doentes), no corpo, produzem substâncias que são antígenos, constituídas por epítipo que lhes dá especificidade, e pela molécula carreadora que é portadora da imunogenicidade. Estes antígenos produzidos no interior de células cancerosas são transportados do interior da célula, para a superfície de sua membrana, pelas moléculas (proteínas): antígeno leucocitário humano (HLA-1).

A molécula HLA – 1 ligada ao antígeno, apresenta-se na superfície da membrana das células cancerosas. A incorporação, na superfície da membrana da célula cancerosa, de seus antígenos específicos: do câncer, dá a maior ou menor antigenicidade em maior ou menor tempo, à célula cancerosa. Dependente da imunogenicidade e especificidade dos antígenos, e do tempo, que a célula cancerosa leva a produzir a sua antigenicidade, e esta, a ser incorporada na superfície de sua membrana, é igual a maior ou menor tempo em que ela está a multiplicar – se, a produzir o seu tumor maligno sem que o sistema imunitário, seja ativado a dar resposta antigénica, para iniciar a defesa do corpo do doente. Há um tempo de ocultação e por isso de gravidade da célula cancerosa. Até que revelem a sua antigenicidade e especificidade ao sistema imunitário. O sistema imunitário logo que a revelação antigénica ocorra é ativado a dar resposta, para defender o corpo doente. Os linfócitos T citotóxicos serem ativados, pela apresentação dos antígenos específicos da célula cancerosa, que a célula cancerosa incorporou em sua membrana. Os linfócitos T citotóxicos ativados, dão a resposta imunitária antigénica destruindo as células cancerosas com maior rapidez e eficácia, sempre dependente da maior ou menor antigenicidade da célula cancerosa, atuando sobre as células cancerosas com as suas perforinas citotóxicas, destruindo-as. A resposta imunitária dos linfócitos T citotóxicos é adquirida. Antes da ação de defesa do corpo executada, pelos linfócitos T citotóxicos. Já em tempo anterior à ação imunitária dos linfócitos T citotóxicos, as células natural killer (subgrupo de linfócitos e maiores: 12 a 15 micrómetros de diâmetro), faziam o seu trabalho sem necessitarem de sensibilização prévia, pelo contato com o

antigénio de superfície da membrana da célula cancerosa, pois elas não necessitam de prévia sensibilização, para atacarem as células cancerosas. Ligam-se às células cancerosas, penetram no seu interior perfurando-lhes as membranas, com as suas perforinas e granzinas, enzimas destruidoras das membranas das células cancerosas. A resposta imunitária das células natural killer é inata. Contudo, não está entendido como é que estas células identificam células cancerosas, como antigénios. (Estranhas ao organismo). Os fragmentos, que são os restos das células cancerosas destruídas, pela acção imunitária, também são antigénios específicos do câncer. Nos tecidos, circulando no sangue, na linfa, e nos linfónodos, os macrófagos ingerem, digerem e evacuem por exocitose, as partículas dos fragmentos das células cancerosas. Antigénios específicos do câncer. Os macrófagos atacam e destroem células cancerosas.

A célula pró – câncer tem início, numa única célula clone, os protoncogenes reguladores da divisão (multiplicação) celular, vão sofrendo lesões sucessivas, originadas por substâncias carcinogénicas químicas ou radiações, as mais conhecidas são as radiações ultra violeta. Causa do câncer melanoma nas células melanócios da pele. Há um tempo em que as mutações genéticas dos protoncogenes serem reparadas pelo gene p53. Ou outros genes reparadores. O gene p53 encontra – se em metade das pessoas com câncer. Acontece que nem sempre as reparações reparam todas as lesões dos protoncogenes. Os protoncogenes não reparados passam a ser oncogenes (onco = câncer), os oncogenes com lesões vão – se acumulando, no núcleo da célula alterando a estrutura e informação destas. As mutações genéticas, aumentadas, nas sucessivas proliferações (multiplicações) celulares, atingiram o estágio de

câncer *in situ*, ou invasivo. Mas, por definição, um câncer que vive ao longo de 6 – 4 anos escondido, é porque teve a capacidade de vencer o sistema imunitário. Inclusive, anulá-lo, com suas específicas substâncias tóxicas. Muitas vezes, a célula maligna defende-se, criando vesículas que a embrulham, protegendo-a do ataque dos linfócitos. (Ver fig. 45).

Quando, no sitio do tecido com inflamação, se gera a célula pró – cancerosa. A célula clone pró – cancerosa sintetiza e excreta substâncias tóxicas, que dão continuidade à inflamação: começando pela substancia *cox – 2*, mais as citocinas e quemoquinas, que estimulam a proliferação (multiplicação) do clone pró – câncer, e acumulação de mutações genéticas, até à formação do tumor canceroso. *Quando na fase de pró – câncer (células com mutações genéticas favoráveis ao desenvolvimento do câncer)*. Quando na fase de pró – câncer, as células com mutações genéticas favoráveis ao desenvolvimento do câncer, conseguem vencer um dos obstáculos ao seu desenvolvimento, que é, a apoptose, programada geneticamente, para matar as células pró – cancerosas. A célula pró – câncer virá a acumular mutações genéticas até formar o tumor maligno (câncer). Um dos genes supressores que trabalha no interior das células, com suas proteínas executoras que origina a apoptose, é o gene *p53*, quando este gene e suas proteínas executoras, não conseguem reparar o ADN lesado (mutação), origina a apoptose: encurralando os genes mutados no interior do núcleo da célula, levando a célula à morte. Dando fim ao desenvolvimento de célula cancerosa. Quando as mutações nas células pró – câncer, mutações (lesões) dos protooncogenes: genes que regulam a divisão (multiplicação) celular, não são reparadas pelos genes *p53* e suas proteínas

executoras, ou quando os genes p53 não originam a apoptose, os protooncogenes lesados, chamados oncogenes (onco = câncer) continuam a dar informações às suas proteínas executoras, de multiplicação sem limite das células pró – câncer, a acumulação de mutações genéticas, gera alterações na forma e função celular dando – lhe novas características.

A célula pró – cancerosa continua a acumular mutações genéticas, continua a multiplicar – se, acumulando células cancerosas até formar o tumor maligno (câncer). Simultaneamente desenvolve-se a criação de novos vasos sanguíneos (angiogênese) que alimentarão o câncer de oxigênio e nutrientes. Continuando na falsa atividade no sítio da inflamação, de que está a realizar-se a cura dos tecidos infectados. Pois a gravidade da realidade é que, o processo inflamação continua, agora, a nutrir o desenvolvimento de células pró – cancerosas. Um exemplo desta patologia é a gastrite, ou a úlcera gástrica, no estômago causada pela bactéria, *helicobacter pylori* (ver fig. 43), ou a inflamação crônica no cólon, ou o câncer hepatocarcinoma no fígado causado pelo vírus da infecção hepatite B ou C.

Sempre que, por golpe, fricção, veneno ou infecção, os tecidos são lesados, as plaquetas detetam a lesão e secretam os fatores de crescimento derivados das plaquetas (FGDP), estimulando as células imunitárias a secretarem as substâncias: citocinas, quemoquinas, prostaglandinas, leucotrienos e tromboxanos. Estas substâncias desempenham funções diferenciadas, em função de defesa do corpo, participando na geração de novas células e tecidos, novas veias e artérias (angiogênese), eliminando a lesão do tecido ou órgão. No caso de infecção por microrganismo, cooperam na eliminação das bactérias,

origem da infecção. Eventualmente a célula cancerosa originou-se no lugar da infecção. A partir daqui, ei-lo, o processo de inflamação converte-se, e passa a executar trabalho de efeito contrário, que é o de alimentar e colaborar no crescimento do tumor canceroso. A anterior função inflamatória de construir células normais e saudáveis no corpo, passa agora a alimentar o desenvolvimento do câncer, com as células imunitárias enganadas e inofensivas, secretando citoquinas e quemoquinas, trabalhando a favor da formação do tumor canceroso, que se gerou de uma célula clone, no sítio da inflamação.

Naquele período de origem da célula clone pró – cancerosa, (favorável ao desenvolvimento de câncer) no sítio do tecido inflamado, o sistema imunitário em todo o corpo, não cessa de trabalhar.

Os macrófagos nos tecidos, nos órgãos, respondem ao estímulo das células pró – cancerosas, ou já no estágio de células cancerosas, atacando-as e destruindo-as, onde quer que estejam, os macrófagos muitas vezes atuam como varredores de destroços e restos de células cancerosas mortas, por outras células de defesa do corpo. Nesta função, os macrófagos fagocitam os antígenos específicos libertados pelas células cancerosas, todo este material (lixo): restos de células cancerosas mortas, e antígenos específicos do câncer antes ingeridos, digeridos, e defecados por exocitose pelos macrófagos, são drenadas, pela circulação sanguínea e linfática, sendo expulsas do corpo como partículas.

Idênticos destinos têm os fragmentos de células mortas, pelos linfócitos T citotóxicos: pelas suas perforinas. Igualmente mortas pelos linfócitos natural

killer: pelas suas perfurinas e granzinas enzimas citolíticas (desfazem as células). Cujos antigénios cancerosos, agora feitos em partículas, (pequenas partes) irão ser expulsas do corpo.

Os antigénios específicos do câncer, agora feitos partículas pela ação fagocitária dos macrófagos, circulam por todo o corpo na circulação sistémica e pela circulação linfática. O plasma sanguíneo através da porosidade dos capilares do lado arteríolas liberta, para os líquidos dos espaços intercelulares (intersticiais), as partículas defecadas pelos macrófagos, cujas partículas do líquido intercelular voltaram à circulação sanguínea venosa, através da porosidade dos capilares do lado vénulas, até ao coração e pulmão via artéria pulmonar. Em 24 horas, serem libertados nos líquidos intercelulares 24 litros de líquido, portador de partículas defecadas pelos macrofagos, que antes foram antigénios específicos do câncer. Destes 24 litros só 20 litros voltarão à circulação sanguínea venosa, através da porosidade dos capilares do lado vénulas. Os restantes 4 litros serão drenados pelos vasos linfáticos, transportados para os linfonodos, saindo pelos vasos eferentes, seguindo pelo vaso torácico linfático, a linfa portadora de partículas que anteriormente foram antigénios específicos do câncer, entra na circulação venosa pelas veias subclaviculares.

Os antigénios específicos do câncer agora feitos em partículas vão ser expulsos para fora do corpo, pelas vias urinárias, ou pelas fezes. Caso os capilares do lado arteríolas que envolvem as células secretoras das glândulas sudoríparas, libertem líquido portador de partículas derivadas dos antigénios específicos do câncer, para os líquidos intercelulares das células secretoras das glândulas sudoríparas, o líquido é veiculado para as células secretoras das glândulas

sudoríparas, destas serão secretadas (expulsas) para fora do organismo, as partículas derivadas dos antigénios específicos do câncer, num filtrado do plasma sanguíneo que é o suor. O suor forma na superfície da pele a bioatmosfera – gasosa. A bioatmosfera – gasosa colocada sobre o elétrodo da bioeletrográfica absorve a descarga eletromagnética ficando excitada – ionizada, no estado físico de plasma (pela excitação - ionização). É a bioeletrografia. Esta ferramenta de trabalho dá – nos a observar as fraturas oncológicas, no campo de luz bioplasma que é a bioeletrografia.

Lembro: observei nas bioeletrografias das células espermatozóides; e nas células glóbulos vermelhos, as fraturas existentes no corpo bioplasma das células espermatozóides; e das células glóbulos vermelhos: fraturas inerentes de lesão da estrutura bioquímica do corpo protoplasma das células. Nível microscópico e submicroscópico (ver fig. 32, 34 e 35: capítulo 3).

SUMARIO

De onde veem as fracturas oncológicas?

Veem das partículas (pequenas partes) derivadas dos antigénios específicos do câncer, digeridas, e defecadas por exocitose pelos macrófagos, veiculadas para os líquidos intercelulares, das células secretoras das glândulas sudoríparas, pelo plasma sanguíneo, através da porosidade dos capilares, lado arteríolas.

As partículas serem expulsadas pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, para fora do corpo, transportadas num filtrado do plasma sanguíneo que é o suor. O qual forma a bioatmosfera – gasosa na ponta dos dedos. A bioatmosfera – gasosa é uma extensão (porção) da unidade do corpo hidroeletrolítico. A bioatmosfera – gasosa agora ionizada, pelo efeito de

excitação – ionização da descarga eletromagnética do eléctrodo da bioelectrográfica, produz a bioelectrografia. Ferramenta que nos dá a observar as fraturas oncológicas, formadas pelas partículas derivadas (descendentes), dos antigénios específicos do câncer. Tal qual como os “médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott as descobriram no Hospital Militar Geral de Curitiba, Brasil. Em 1985”. O autor as evidenciou ao longo de 24 anos de clínica Osteopática, através de 121 diagnósticos cancerosos feitos, comprovados por comparação com “os diagnósticos histopatológicos, efectuados pelo diagnóstico histopatológico (anatomia patológica) ao microscópio”. O autor utilizou a bioelectrográfica, invento do professor de física Newton Milhomens, Curitiba, Brasil.

Uma hipótese e um convite:

A bioelectrografia deu – me observar as fraturas do corpo bioplasma das células espermatozóides. Igualmente as fraturas do corpo bioplasma das células glóbulos vermelhas. São fraturas inerentes de lesões da estrutura bioquímica do corpo protoplasma das células.

São as partículas derivadas dos antigénios específicos do câncer, a origem da fractura na bioelectrografia.

Mas, há uma pergunta: como se forma a fratura na bioelectrografia?

Serão as partículas ligadas umas às outras, por diferentes polaridades de carga eléctrica (aglutinadas), na bioatmosfera – gasosa, que formam a fratura observada na bioelectrografia? Uma hipótese somente. Pela grande importância que o diagnóstico precoce tem em patologia oncológica, esta hipótese devia ser subsidiada e investigada, nos laboratórios e universidades de medicina, e

biologia molecular, incluindo a histologia. Enquanto o diagnóstico bioeletrográfico faz o seu trabalho, nesta área oncológica, nas mãos de muitos médicos, Osteopatas, Naturopatas idem, e psicólogos. Em função profissional nas suas clínicas, no ganha – pão da vida do dia-a-dia. O diagnóstico bioeletrográfico pede, uma atenção científica mais pró – ativa da comunidade científica, da área das ciências de saúde. A sua importância aplicada no diagnóstico precoce de câncer merece.

4.9. O LINFOCITO T CITOTOXICO ATIVADO RESPONDE COM AÇÃO DESTRUIDORA DA CÉLULA CANCEROSA. A CELULA CANCEROSA DEFENDE – SE DO ATAQUE EXECUTADO PELO LINFOCITO T CITOTOXICO. CRIANDO VESICULAS QUE A EMBRULHA E PROTEGE.

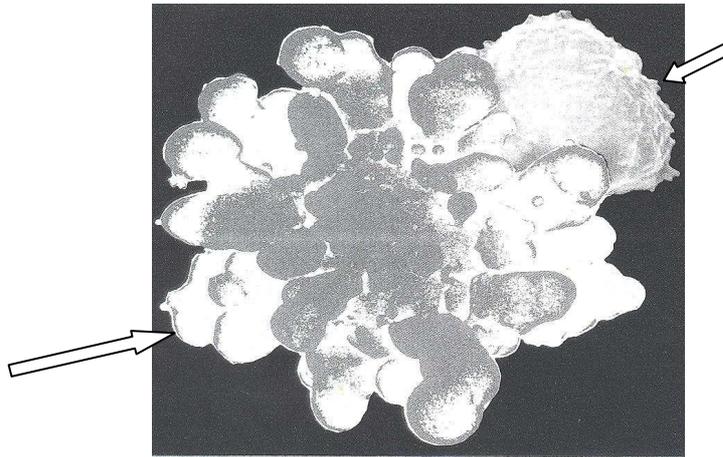


Figura nº 45. Observo que antígenos específicos produzidos no interior da célula cancerosa. Foram apresentados e incorporados na superfície da membrana, da célula cancerosa. Transportados do interior da célula cancerosa pelas moléculas HLA – 1 (antígenos leucocitários humanos – 1). A quantidade de antígenos na superfície da célula cancerosa (antigenicidade): ativou a resposta imunitária celular de linfócitos T citotóxicos. O qual tenta destruir a célula cancerosa (seta), com as suas perforinas. Mas a célula cancerosa cria vesículas que a embrulha e a protege (seta comprida).¹⁴

¹⁴ Fonte: Prof. Dr. Charles R. Clayman. Combater o cancro. (Grato).

4.10. AMOSTRAS DE DIAGNOSTICO BIOELETROGRAFICO MANDADAS PELOS MEDICOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT: CANCER DE CABEÇA DO PANCREAS E CANCER DE PULMÃO. FRATURAS DE CÂNCER: SETAS.

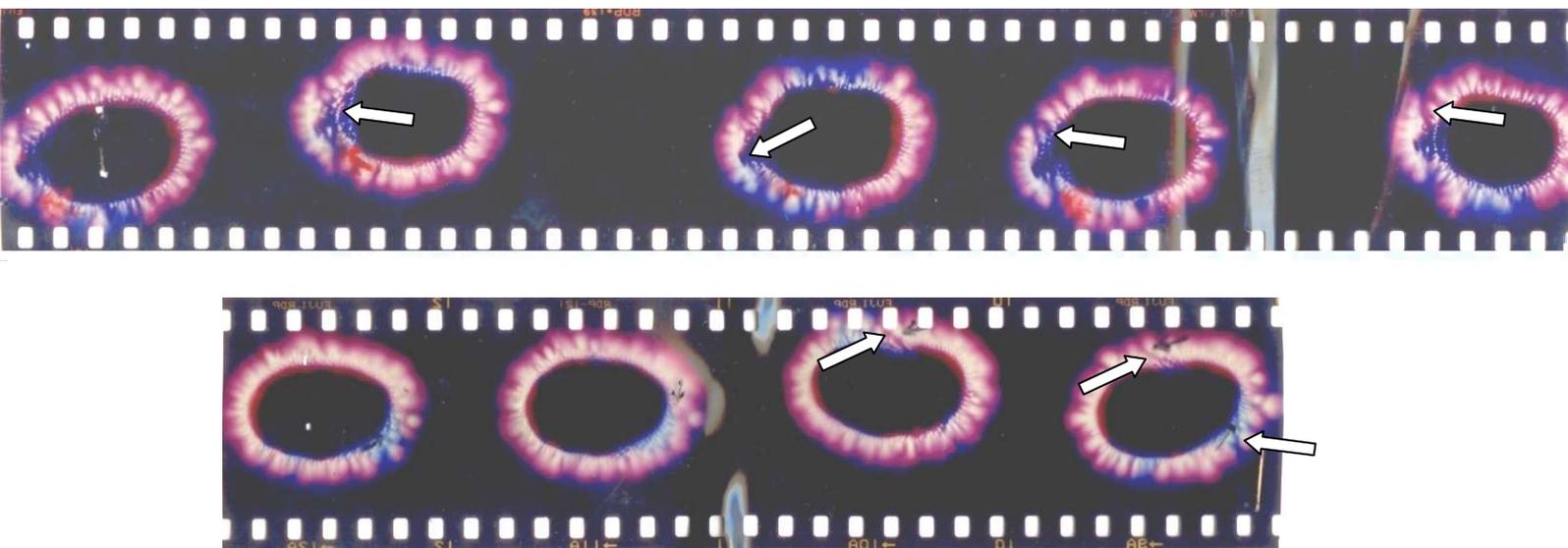


Figura nº 46. Observo nas nove bioeletrografias (acima), o diagnostico bioeletrográfico aplicado em oncologia, pelos médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott a fim de detetarem o câncer.

Acima o filme nº 1: «paciente do sexo fem. 68 Anos – tumor maligno de cabeça de pâncreas. Abaixo o filme nº2: paciente de sexo fem. 57 Anos – tumor maligno de pulmão». Da investigação dos médicos infra apresentados, no Hospital Militar Geral de Curitiba, Brasil. (Ver anexos 1 e 2).

Foram estas as amostras que os médicos, Júlio Grott e Hélio Grott me mandaram. No ano de 1990. Podemos observar as fraturas de câncer (setas), nos campos bioplasmas que são as bioeletrografias, acima. Utilizavam o filme slide, a fim de arquivarem e documentarem a sua investigação de bioeletrografia aplicada em Oncologia, no Hospital Militar Geral de Curitiba. Brasil.

4.11.AMOSTRA BIOELETROGRAFICA QUE MANDEI PARA OS MEDICOS

Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT. CANCER DE PULMÃO: SETAS.

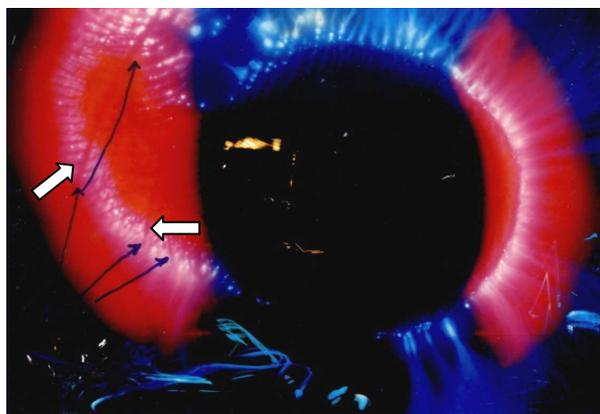


Figura nº 47. Observo fraturas de câncer nesta bioeletrografia (seta).

Apresento uma bioeletrografia amostra. É uma das bioeletrografias, do número de seis, que mandei para os médicos, Júlio Grott e Hélio Grott, para o Hospital Militar Geral de Curitiba. Foi o seguinte: o doente visitou-me com o diagnóstico médico de que era portador de câncer no pulmão. Vinha decidido a fazer a bioeletrografia, fizemo-la. No ano de 1989, na Vila das Mercês, Lisboa – Sintra. O resultado está frente aos nossos olhos: observamos as fraturas de câncer, indicadas pelas setas. Este Senhor, tinha a cirurgia marcada, no entanto, nem cirurgia fez. Já era muito tarde. Temos aqui mais um dos casos do número 121 de diagnósticos de câncer, que fiz ao longo de 24 anos, em clínica Osteopática, idêntico aos casos das amostras (ver fig. 43 e 44: capítulo 4). A bioeletrografia a mostrar-nos as fraturas oncológicas, só que há um detalhe muito importante: já foi tarde de mais. Câncer iniciado pelas lesões dos genes (mutações), origem de alteração da informação genética no núcleo de uma única célula clone. As lesões nos genes reguladores da divisão das células:

protoncogenes foram originadas pelos carcinogénios. Os protoncogenes lesados se diferenciam em oncogenes (genes que sofreram as mutações (lesões) origem de possível desenvolvimento do tumor canceroso). Caso as lesões dos genes no núcleo das células não sejam reparadas, pelas proteínas executoras do gene p53, ou de outros genes com idêntica função, ou não seja ativada a apoptose, neste caso, para mater a célula pró – cancerosa.(Célula favorável ao desenvolvimento do câncer, por ter sofrido lesões genéticas). Estará iniciado o processo progressivo a partir de uma única célula de vir a gerar – se o tumor maligno (câncer), por acumulação de mutações genéticas, no tempo suficiente, mais rápido ou mais lento.

O câncer no pulmão deste doente desenvolveu-se em silêncio, e de forma escondida. Pode acontecer este fenómeno durante mais de cinco anos, ou décadas, quando o câncer dá sinais ou sintomas de que existe, nestes casos, já é muito tarde. Pois o câncer secundário (metastases), teve tempo de sobra para existir.

CAPITULO 5

SITIO FISIOLÓGICO DE SECREÇÃO DAS PARTÍCULAS

PATOLÓGICAS: DETETADAS PELO DIAGNÓSTICO

BIOELETROGRÁFICO.

5. SITIO FISIOLÓGICO DE SECREÇÃO DAS PARTÍCULAS

PATOLOGICAS: DETETADAS NO DIAGNÓSTICO BIOELETRÓGRAFICO.

5.1. OBSERVO O SITIO FISIOLÓGICO DE SECREÇÃO DAS PARTICULAS PATOLOGICAS.

É na ligação fisiológica circulatória: arteríolas – capilares – líquidos intercelulares – células secretoras das glândulas sudoríparas. Que a secreção das partículas (catabólitos) de infecção e das partículas derivadas (descendentes) dos antígenos específicos do câncer, decorre. Nos ductos secretores das glândulas sudoríparas, o suor transporta as partículas, para os poros. Na superfície da pele forma – se a bioatmosfera – gasosa.

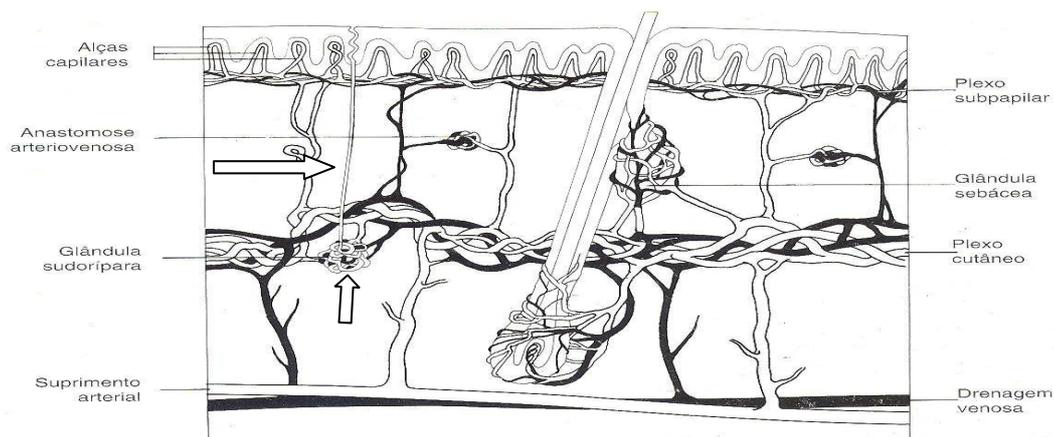


Figura nº 48. O esquema mostra a circulação sanguínea da pele. E, as glândulas sudoríparas na pele. Vemos os capilares brancos onde circula o sangue oxigenado, nutrientes, e partículas (catabólitos). Partículas derivadas da infecção e derivadas dos genes específicos do câncer. Os capilares brancos e os capilares pretos são, uma ligação da circulação sistêmica. Do coração partem as artérias – arteríolas – capilares. Estes últimos embrulham as glândulas sudoríparas. Os capilares do lado arteríolas libertam as partículas, para os líquidos intercelulares das glândulas sudoríparas. (Seta curta). Onde são excretadas para fora do corpo, pelos ductos secretores. (Seta comprida).

Fonte: do esquema. Histologia Funcional (grato).

Caso as partículas das bactérias infecciosas. Igualmente as partículas derivadas dos genes específicos do câncer. Sejam libertadas do plasma sanguíneo, através da porosidade dos capilares do lado arteríolas, para os espaços intercelulares das células secretoras das glândulas sudoríparas. Seram secretadas para fora do corpo, pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, transportadas pelo filtrado do plasma sanguíneo, que é o suor, ao longo dos ductos secretores das glândulas sudoríparas, formando a bioatmosfera – gasosa, na superfície da pele dos dedos. A bioatmosfera – gasosa quando é excitada – ionizada: é a bioeletrografia de diagnóstico bioeletrográfico. Da infecção/inflamação, ou da fratura de câncer.

CAPITULO 6

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO.

6.1. DISCUSSÃO.

Em todo o capítulo 4 descrevi, os fundamentos científicos do diagnóstico bioelectrográfico. Como Osteopata recorri à fisiologia da circulação, ação dos macrófagos dendríticos no interior dos linfonodos, onde fagocitam digerem e defecão os detritos, drenados da infecção da pele. Também recorri à fisiologia da circulação sanguínea e linfática, descrevi a actividade imunitária nas infecções por bactérias, o suficiente, para dar sentido e fundamento científico ao diagnóstico bioelectrográfico, aplicado nas infecções bacterianas e em concreto no caso da sífilis supra apresentado (como amostra). Sempre orientado no sentido de fundamentar em fisiologia e fisiopatologia o diagnóstico bioelectrográfico, aplicado em oncologia. Descrevi a atividade dos linfócitos T citotóxicos e das células natural killer (tipo de linfocitos maiores). Que atacam e lisam (destroem) as células cancerosas, sem necessitarem de prévia sensibilização, efectuada pelos antigénios específicos do câncer: produzidos no interior da célula cancerosa e incorporados na sua membrana. Incluindo os macrófagos, pelas suas específicas funções imunitárias, de atacarem e destruírem células cancerosas. Além de destruírem as células cancerosas, também as comem (fagocitam) e defecam por exocitose. Assim, os restos dos anteriores corpos estranhos, presentes no corpo e causadores de doença, são transportados como partículas, na circulação sanguínea e linfática, para as fezes, para a urina e para o suor, onde são expulsas para fora do corpo. A fisiologia (função) da circulação sanguínea e linfática, pela sua importância de

carregar as partículas, para os sítios do corpo onde são expulsas, exigiu que eu fizesse presente, na estrutura desta Tese, pequena no corpo mas densa em conteúdo, a anatomia e a fisiologia (ver fig. 48), deste singular processo de secreção, realizado pelas células secretoras das glândulas sudoríparas, expulsando para fora do corpo, as partículas derivadas das bactérias infecciosas. Igualmente as partículas derivadas dos antigénios específicos do câncer. Cujas partículas transportadas pelo suor para os poros, forma a bioatmosfera – gasosa embrulhando a pele. A bioatmosfera – gasosa ao ser excitada – ionizada, forma a bioeletrografia, ferramenta que nos dá a observar, as figuras geométricas de árvore ou teia de aranha, revelando a infecção, ou dá-nos a observar as fraturas de câncer. Que os médicos Júlio Grott E Hélio Grott “descobriram, em 100 doentes com câncer comprovado em tecido, por exame histopatológico”. Ver anexo 4. Ou em www.bioeletrografia.com.br.

6.2. HAVERÁ FUNDAMENTO CIENTIFICO FISIOLÓGICO: FISIOPATOLÓGICO DENTRO DO PARADIGMA DA MEDICINA OCIDENTAL: PARA O DIAGNOSTICO BIOELETRÓGRAFICO?

Vejamos as repostas da histologia e fisiologia: nas citações – notas de rodapé, abaixo:

Antes de chegarmos lá. As ciências histologia e fisiologia são atualmente áreas nucleares do saber da medicina e de outras profissões de saúde, ou que investigam no campo das ciências da saúde. Significando o fato de que o seu saber é, cientificamente incontestado. Contudo, a discussão construtiva continua e deve continuar, no seu lugar.

Ao longo de 24 anos como Osteopata, utilizando a bioeletrográfica, fiz 1960 diagnósticos bioeletrográficos, deste número, foram diagnósticos 121 pacientes portadores de câncer, pelo diagnóstico bioeletrográfico, comprovados no tecido pelos exames histopatológicos, feitos ao microscópio, pelo patologista. Os 121 pacientes traziam os relatórios dos exames histopatológicos, propunha – lhes que fizessem o diagnóstico bioeletrográfico, explicando – lhes qual a finalidade, os pacientes aceitaram.

Em significado estatística: «foram 100 doentes com fratura de câncer, em diagnóstico bioeletrográfico, feito pelos médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott comprovados no tecido, pelo exame histopatológico». Somando aqueles 100 doentes aos meus 121 doentes, com fratura de câncer no diagnóstico bioeletrográfico, comprovado no tecido, pelos exames histopatológicos, soma: 221 diagnósticos bioeletrográficos comprovados pelo único exame seguro de existência de câncer, utilizado pelos parâmetros da medicina oncológica.

Este número 221 já é importante. Dá significado e fundamento científico ao diagnóstico bioeletrográfico, aplicado em oncologia ao serviço do bem-estar da humanidade, a fim de fazer a detecção primária, inclusive, de existência de pré – câncer: (neoplasia intermédia). Foi investigação científica executada por dois médicos, no Hospital Militar Geral de Curitiba, Brasil. Foi a minha investigação científica executada pelo trabalho clínico de Osteopata. Em meus consultórios, trabalho de investigação supra mencionado. Cujas investigações evidenciaram ao longo de 24 anos, a investigação supra mencionada dos médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott. Contudo, estou a convidá – lo: a fim de repetirmos o ato. Ou decida fazê – lo. Depois apresente – me a surpresa agradável.

CITAÇÕES – NOTAS DE RODAPÉ

O fluido encontrado no lúmen das glândulas sudoríparas é principalmente um ultrafiltrado do plasma sanguíneo, derivado dos abundantes capilares localizados em volta das porções excretoras. Ao atingir a superfície da pele o suor se evapora, fazendo baixar a temperatura corporal. A presença de catabólitos no suor mostra que as glândulas sudoríparas participam da excreção de substâncias inúteis ao organismo. Professores Emérito da Universidade de São Paulo.¹⁵

And: L. C. Junqueira: - Research associate in Biology (Honorary) Harvard college, bóston. Formerly Research associat, Medical School, University of Chicago.

José Carneiro: - Formerly Research Associat, Department of Anatomy Magill Univrsity, Montreal, Canadá. Formerly Visiting Associat professor, Department of Anatomy, Medical School, University of Virginia, Charlottesville, Virginia¹⁶

As glândulas sudoríparas secretam um líquido aquoso, hipotónico em relação ao plasma, cuja evaporação desempenha um importante papel na termorregulação. O suor contém quantidades significativas de iões sódio e cloreto alguns outros iões, uréia e metabolitos de pequeno peso molecular; assim, a sudorese pode ser considerada como um modo menor de excreção.¹⁷

O suor puro contém os mesmos constituintes inorgânicos do sangue, mas em concentração mais baixa. O principal sal é o cloreto de sódio. Os constituintes orgânicos no suor incluem ureia, ácido úrico, aminoácidos, amónia, açúcar, ácido láctico, e ácido ascórbico, e lisozimas.¹⁸

¹⁵ L. C. Junqueira, e José Carneiro, Histologia Básica, editora Guanabara Koogan 10ª ed., Brasil 2004. P370.

¹⁶ L. C. Junqueira. Associado em investigação de Biologia (Honorário). Harvard College, Bóston. Investigador Formal Associado, na Escola Médica, Universidade de Chicago. José Carneiro. Investigador Formal Associado. Departamento de Anatomia Magill Universidade, Montreal, Canadá. Visitante Formal Professor Associado. Departamento de Anatomia, Escola Médica, Universidade de Virgínia, Charlottesville, Virgínia.

¹⁷ H. George Burkitt, Barbara Young, John W. Heath. Histologia Funcional. Editora Guanabara koogan. 3ªed., Rio de Janeiro, Brasil 1994. P167.

¹⁸ Stanley W. Jacob, M.D., F.A.C.S., Clarice Ashworth Francone, Walter J. Lossow, Ph.D. Anatomia e fisiologia Humana, Editora Guanabara, 5ª ed., Brasil 1982.P83/84.

6.3. CONCLUSÃO ULTIMA.

Depois de tudo o que eu descrevi no capítulo 4. Considerando a investigação dos médicos Drs. Júlio Grott e Hélio Grott, no Hospital Militar Geral de Curitiba, Brasil. Depois de lidas as citações – notas de rodapé, números: (15) (16) (17) (18). Estou a concluir que não poderá haver mais dúvidas, de que o diagnóstico bioeletrográfico tem fundamento fisiológico, e fisiopatológico. Dentro do paradigma científico da Medicina Ocidental.

Qual é o significado de toda esta investigação, apresentada no capítulo 4? É o de que a bioeletrografia deve ser posta ao serviço do bem-estar da humanidade. Aplicada como um valor científico em diagnóstico.

CONSIDERAÇÕES

Os verdadeiros autores das citações (que transcrevo acima). São autoridades científicas e académicos. De elevada craveira. Nas Universidades de seu País, Brasil. Igualmente em universidades internacionais.

A bioelectrografia em Portugal e no Brasil. Investigada, compreendida e explicada, pelas ciências: histologia, fisiologia, e biofísica; só podem expressar altíssima gratidão, pelo trabalho científico realizado pelos Exmos. Srs. Doutores: autores das citações científicas acima numeradas.

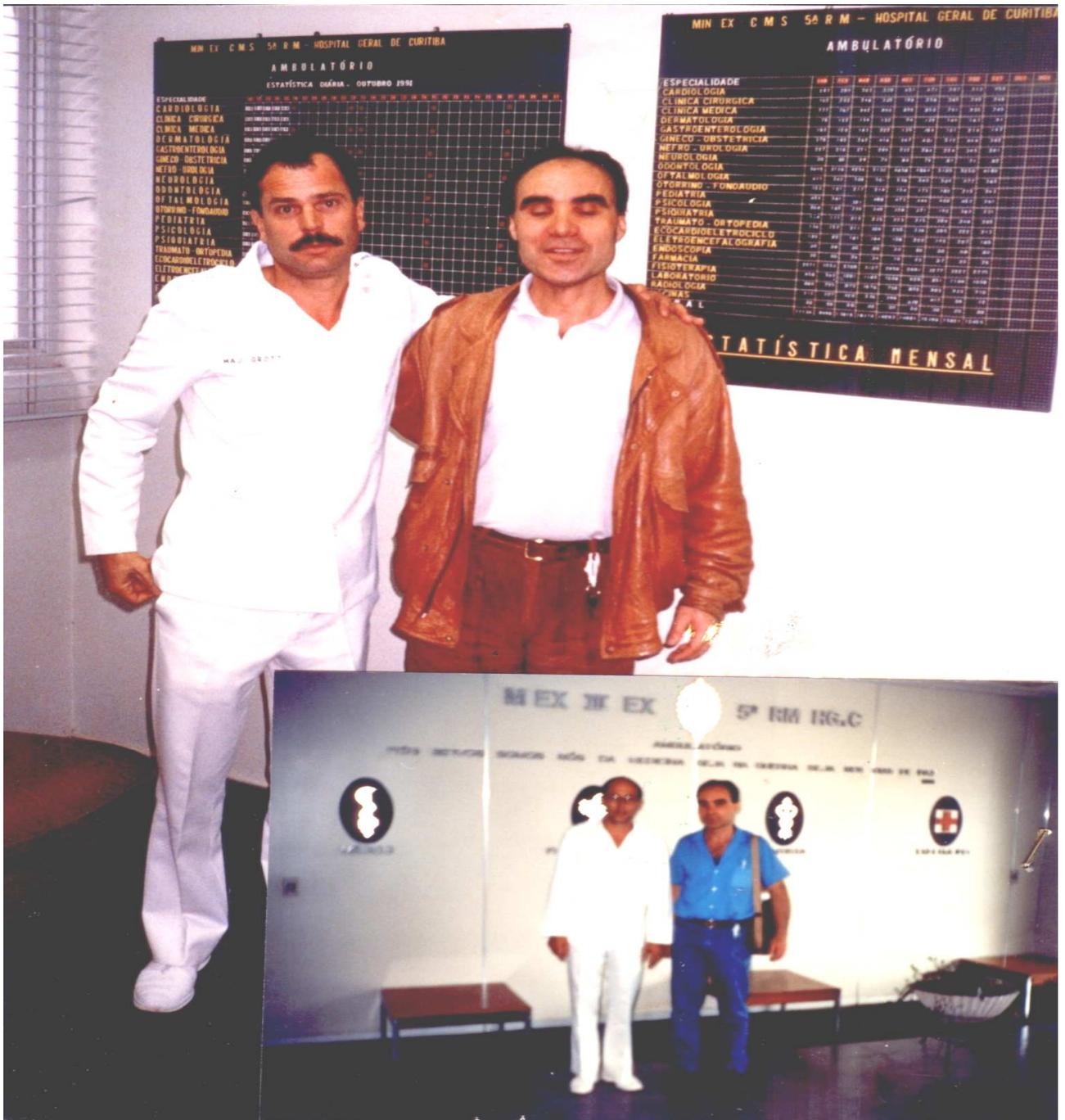
O autor desta Tese.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. **Burkitt, H. George**, Barbara Young, Heath John W. Histologia Funcional. Editora Guanabara koogan. 3ªed. 1994. Brasil.
2. **Heneime, Ibrahim felippe**. Biofísica Básica. Atheneu editora. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte. 2000.
3. **Junqueira, Luiz C.**, Carneiro José. Histologia Básica. Editora Guanabara Koogan. 10ªed. Rio de Janeiro. 2004.
4. **Jacob, Stanley W, M.D.**, Francone Clarisse Ashworth, Lossow Walter J. Ph. D.. Anatomia e Fisiologia Humana. Editora Guanabara. 5ªed. Rio de Janeiro.1984.

ANEXOS

ANEXO 1. MARQUÊS OSTEOPATA E MEDICOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT NO HOSPITAL MILITAR GERAL DE CURITIBA, BRASIL.



Antônio Marquês, com os médicos Júlio Grott e Hélio Grott, no Hospital Militar Geral de Curitiba, Brasil. **Foram os primeiros médicos a identificar a fratura oncológica, na bioelectrografia. Honra-me nobre gente.** Ao aceitarem-me de forma interactiva, na sua investigação, em fase final. Foi nos meses de Outubro/Novembro de 1991. Na cidade de Curitiba, Brasil.

ANEXO 2. TEXTO DOS MEDICOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT.



MINISTÉRIO DO EXÉRCITO
COMANDO MILITAR DO SUL
5ª RM E 5ª DE
HOSPITAL GERAL DE CURITIBA

Curitiba, 20 de setembro de 1.990.

Ilmo. Sr. Antonio Marquês.
Cordiais Saudações.

Muito nos honrou o recebimento de sua correspondência, a qual faz referência ao trabalho que estamos desenvolvendo, no sentido da utilização da Kirliangrafia como apoio diagnóstico nos casos oncológicos.

Temos tido a oportunidade de fazer contato com vários estudiosos do processo kirliangráfico, e temos chegado a uma importante conclusão: para que possamos ter uma linguagem universal, é necessário que tenhamos os mesmos parâmetros de comparação. Para tal, utilizamos a máquina de kirliangrafia do Prof. Milhomens, com um tempo de exposição de seis segundos e uma película fotográfica Fujicrome ASA 100, fazendo assim a documentação em diapositivos (Slides).

Tal procedimento, vem permitir que se possa fazer o registro kirliangráfico e o acompanhamento do processo patológico, teoricamente, dentro de padrões pré estabelecidos.

Ainda que diferindo dos padrões por nós utilizados, a fotografia do caso nº 3 (Manoel Amaro) revela a imagem de uma fratura de aura muito evidente.

Para que lhe possa servir como modelo comparativo, estamos enviando em anexo, alguns filmes de nosso arquivo.

Formulamos votos que tal material possa lhe ser de alguma utilidade.

Atenciosamente

PS

Filme nº 1 - Paciente sexo fem 68 anos - Tumor maligno de cabeça de pâncreas.
Filme nº 2 - Paciente sexo fem 57 anos - Tumor maligno de pulmão.

Endereço para correspondência: Rua Rio Grande do Sul nº 116 Ap 121
Curitiba - CEP 80310
Paraná - Brasil

Tmto. também ecemático

ANEXO 3. TEXTO DOS MEDICOS Drs. JULIO GROTT E HELIO GROTT

Curitiba, Outubro de 1991 ←

Professor Marquês

Primeiramente nos permita dizer de nossa satisfação com a sua visita; a qual nos possibilitou conhecê-lo pessoalmente, e nos colocou a par do desenvolvimento do seu trabalho, num campo de pesquisa tão árido e controvertido.

com muita atenção e cuidado lemos alguns dos capítulos que integrarão o seu livro, e chegamos à conclusão de que, se contrapondo a enorme força do preconceito, sobre o qual, com muita propriedade se manifestou o Prof. Newton Milhomens (diga-se de passagem um nome que dispensa maiores comentários), existe um trabalho de pesquisa muito sério, desenvolvido em várias partes do mundo, buscando o conhecimento que nos coloque em condições de compreender e talvez manipular a bioenergia.

Como toda experimentação científica, o caminho é longo, cercado de inumeras dificuldades, cabendo-nos a comprovação dentro dos conhecimentos actuais, de cada passo que venhamos a dar.

Tivemos a oportunidade, quando da sua visita, de tecermos comentários sobre algumas atividades que estamos desenvolvendo aqui no HOSPITAL GERAL DE CURITIBA, porém pedimos escusas, por não torna-la públicas ainda, pois apesar dos resultados positivos serem muito significativos, somos obrigados, primeiramente, a esgotar todos os meios de comprovação, com o objetivo único de dar-lhes um embasamento científico incontestante. Tão logo isto, nos seja possível, teremos o maior prazer em passar às suas mãos, tais resultados.

Nesta oportunidade, que nos é muito grata, lhe dizemos Prof. MARQUÊS, que fazemos votos de muito sucesso, na sua atividade científica, bem como auguramos eu Dr. HELLIO e Dr. JULIO GROTT, votos de que seu livro possa despertar, em todos aqueles que têm a mente aberta para a pesquisa produtiva, a vontade de se filiar, na busca da verdade, volta da sempre para o bem estar e felicidade da Humanidade.

Com um grande abraço:

Conselho Regional Médico

Antônio Fernando Fumero

Helio Grott
Filho
Médico
CRM 2904

DR. HELIO GROTT FILHO MÉDICO
* CRM 2904

ANEXO 4. DOCUMENTO DO MINISTERIO DA SAUDE DA FEDERAÇÃO RUSSA.



MIHAIL IWANOW

Tradutor Público Juramentado e Intérprete Comercial
CPF - 067709081 - 15 Matrícula Nº 37 ISS 049125 - 5
BRASÍLIA - DISTRITO FEDERAL

Tradução nº. 127... Livro nº. I... Fls. nº. 178

Eu, **Mihail Iwanow**, infra-assinado, tradutor público juramentado e intérprete comercial, matriculado sob o número 37 na Junta Comercial do Distrito Federal, na forma da Lei, declaro que, nesta data, me foi presente, para ser traduzido do idioma **RUSSO**, para o **português**, um documento que bem e fielmente traduzo, na forma abaixo:

MINISTÉRIO DA SAUDE DA FEDERAÇÃO RUSSA COMITÊ DE NOVAS TÉCNICAS MÉDICAS

CÓPIA DO RELATÓRIO NºII

Reunião da Comissão de equipamentos e instrumentos utilizados em prática médica, em 20/12/1999.

OUVIRAM:

Análise de protótipos e materiais para aparelho de captação de imagens de ionização gasosa (Efeito Kirlian) para controle de terapia — GABUT— “KORREKS” (MÁQUINA KIRLIAN), desenvolvidos pelo INST. DE PESQUISAS CIENT. DE TECNOLOGIA DE PRODUTO “RASTR” — cidade de Veliki Novgorod — e pela AGÊNCIA DE TÉCNICAS INDUSTRIAIS “KTI” — cidade de São Petersburgo, para decisão sobre colocar em produção.
Comunicado por T.R. Davitachvili

DECIDIRAM:

1. A Comissão recomenda que, quando da colocação em produção e utilização na prática médica, assim como dos procedimentos de registro do aparelho desenvolvido pelo IPCTP “RASTR” — cidade de Veliki Novgorod — e ATI “KTI” — cidade de São Petersburgo, utilizar a denominação exata: **“Aparelho de captação de imagens por aplicação de ionização gasosa coroniforme sobre a pele (Efeito Kirlian) — “KORREKS” (MÁQUINA KIRLIAN).**
2. Realizar a produção de acordo com a recomendação declarada.
3. A Comissão recomenda ao desenvolvedor, em conjunto com colaborador médico, compor Manual de instrução de uso do aparelho “KORREKS” (MÁQUINA KIRLIAN) e submetê-lo à apreciação da Comissão, de acordo com o determinado.
4. A Comissão julga imprescindível avaliar a questão de novo registro do aparelho “KORREKS” (MÁQUINA KIRLIAN) daqui a 10 anos, caso não se processe antes o seu aperfeiçoamento.

ASSINAM: O Presidente da Comissão — Prof. O.I. Efanov, a Secretária da Comissão — A.A. Dmitrievna.

E, nada mais tendo para ser traduzido do referido documento, ao qual, do original, me reporto, assino e dou fé, nesta cidade de Brasília, Capital da República Federativa do Brasil, aos 10 de agosto de 2000.



Mihail Iwanow

Podemos ler no documento do Ministério da Saúde da Federação Russa (acima) o seguinte: “captação de imagens de ionização gasosa (efeito kirlian)”. Ora, à luz da Física – Biofísica, a ionização do suor em estado gasoso, origina o estado bioplasma, das excreções das glândulas sudoríparas, para a superfície da pele, na ponta dos dedos, formando a bioatmosfera – gasosa, que quando ionizada é, a bioelectrografia.

Podemos ler também, que o diagnóstico bioelectrográfico, é reconhecido pelo Governo da Federação Russa, é utilizado pelos médicos russos. Texto do autor da Tese: em documento abaixo.

ANEXO 5. CARTA DE CURSO GERAL DE NATUROPATIA. MEDICINA TRADICIONAL: classificação nacional de profissões.



Instituto Médico Naturista

Contribuinte N.º 501 149 066-Registo de Conservatória 30 349
Estatutos publicados no Diário da República n.º 77, III Série, de 2 de Abril de 1981 **Curso Registado na Secretaria de Estado da Cultura,**
livro C-13, folhas 32, n.º 17679 Registado na Propriedade Literária Científica de acordo com a certidão do livro A-7 folhas 290 e 291



Departamento de Formação Técnico-Profissional

Carta de Curso

De acordo com os regulamentos do Sistema de ensino do Departamento de Formação Técnico-Profissional deste Instituto, se faz saber que:

ANTÓNIO FERNANDO INÁCIO MARQUÊS

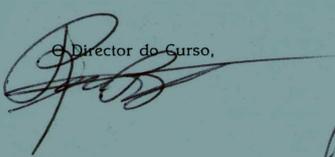
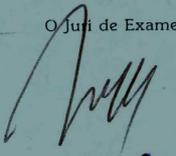
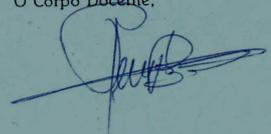
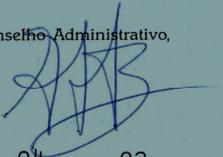
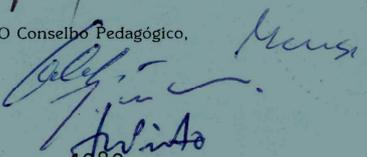
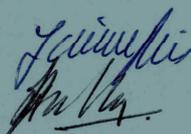
frequentou o *Curso Geral de Naturopatia*, com o seguinte programa:

1.º Ano (Disciplinas): Anatomia I Biologia Bioquímica I Botânica I Ecologia Farmacognosis I Fisiologia I Introdução à Naturalogia Psicologia I Semiologia I	2.º Ano (Disciplinas): Anatomia II Bioquímica II Botânica II Bromatologia II Dietética I Farmacognosis II Fisiologia II Fisiopatologia I Nutrição I Psicologia II Semiologia II Técnicas de Diagnóstico: Observação Visual Pulsológico Iridológico Reflexológico Kirliangrafia	3.º Ano (Disciplinas): Agricultura Biológica Anatomia III Botânica III Bromatologia III Dietética II Fisiologia III Fisiopatologia II Nutrição II Semiologia III Técnicas Naturoterapêuticas: Acupuntura Electroterapia Fisioterapia Fitoterapia Hidroterapia Homeopatia Massagens Osteopatia Quiroprática Técnicas de Alimentação Racional Técnicas Dietéticas Técnicas de Relaxamento Técnicas de Utilização da Argila Técnicas de Utilização de Terras e Lamas Medicinais	Seminários: Introdução à: Antropologia da Sexualidade Bioquímica do Sangue e Urina Cardiologia Dermatologia Electrocardiografia Electroencefalografia Endocrinologia Estudos de Radiologia Gastroenterologia Ginecologia Hematologia Higiene Oral Neurologia Obstetrícia Ortopedia Otorrinolaringologia Pneumologia Psiquiatria Reumatologia
--	---	--	--

E, por ter cumprido os requisitos exigidos, num total de 4320 horas, no período de 03 anos, obtendo a classificação global de 18 valores, outorga-se ao examinando a presente Carta de Curso, acreditando-o como:

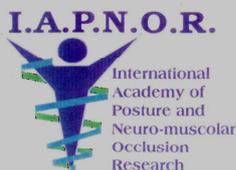
== DIETISTA NATUROLOGO ==

Lisboa, 25 de *Abril* de 1989

O Director do Curso, 	O Juri de Exame, 	O Corpo Docente, 
O Conselho Administrativo, 	O Conselho Pedagógico, 	

Registo N.º 04 Livro 02 Folhas 01 Ano 1989

ANEXO 6. DOCUMENTO ESCRITO PELO MEU MESTRE DE OSTEOPATIA: Dr. TONINO SANNA MONDINI.



International Academy of Posture and Neuro-muscular Occlusion Research

Dott. TONINO S. MONDINI
(SECRETARIO GERAL EM PORTUGAL)
Membro Activo da Academia

Av. Beato Nuno - 2495 FÁTIMA
Telef. 049. 533105 - Fax 049. 531636

Fátima, 15 de Maio de 1997

Estimadissimo Amigo e Colega Dott. António Marquês.

Ao longo destes anos, pela primeira vez escrevo-lhe uma carta. É rarissimo também eu elogiar alguém.

Fiquei comovido ao receber o seu pergaminho, onde está a dar o valor profundo dos meus actos médicos, os quais teve oportunidade de presenciar. Foi também o unico que aceitei como meu aluno, ao qual tentei ensinar segredos que eu próprio, com muitos sacrificios, estudos aprofundados com os milhões de pacientes que no percurso de 27 anos da minha carreira tratei.

Estou a tratar com a Academia Internacional para você ser inserido na Ordem dos Médicos especialistas em Osteopatia em Italia. Estou certo que o seu inserimento na classe dos especialistas da Academia Internacional Neuro-Muscular e Neuro-Postural vai ser ainda valorizada com a sua participação.

Em todos os anos que estou em PORTUGAL é o unico de todos que conheço da nossa classe; é o unico que considero e aceito como verdadeiro profissional; na consciência, no espirito, na honestidade e grande capacidade.

Desejo-lhe o maior sucesso e nunca esqueça esta minha frase: "*Um bom cavalo vê-se ao fim da corrida*".

Um grande abraço.

O Presidente em Portugal
Dott. Prof. T. S. Mondini

**ANEXO 7. DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL: ESPERA
HÁ NOVE ANOS A REGULAMENTAÇÃO DA LE 45/2003 PARA SER
SUBSTITUIDO.**



A Osteopatia está em averbamento no reverso do documento.

: